

Univerzita Karlova v Praze

1. lékařská fakulta

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Studijní obor: Adiktologie



Bc. Jana Bóbiková

Dopady částečné alkoholové prohibice v České republice na koncový trh s
alkoholem

Impact of partial alcohol prohibition in the Czech Republic on the retail
market with alcoholic beverages

Diplomová práce

Vedoucí závěrečné práce: Ing. Mgr. Vendula Běláčková, Ph.D.

Praha, 2015

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně a že jsem řádně uvedla a citovala všechny použité prameny a literaturu. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze, 21.7.2015

Jana Bóbiková

BÓBIKOVÁ, Jana. *Dopady částečné alkoholové prohibice v České republice na koncový trh s alkoholem [Impact of partial alcohol prohibition in the Czech Republic on the retail market with alcoholic beverages]*. Praha, 2015. 75 s. Diplomová práce (Mgr.). Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Klinika adiktologie 2015. Vedoucí závěrečné práce Ing. Mgr. Vendula Běláčková, Ph.D.

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala Ing. Mgr. Vendule Běláčkové, Ph.D. za podnětné vedení mé práce, motivaci a užitečné rady. Dále bych chtěla poděkovat své rodině, blízkým přátelům a partnerovi za jejich podporu. V neposlední řadě děkuji všem respondentům, kteří se ochotně zúčastnili výzkumu.

Obsah

1.	Úvod	10
2.	Alkohol	12
2.1	Účinky alkoholu a zdravotní rizika s nimi spojená	12
2.1.1	Krátkodobé nežádoucí účinky	12
2.1.2	Dlouhodobé nežádoucí účinky	13
2.2	Alkohol a závislost	13
2.2.1	Alkoholismus	15
2.2.2	Odvýkací stav	18
2.3	Léčba alkoholismu	19
2.3.1	Léky pomáhající k udržení abstinence	20
3.	Metanol	21
3.1	Otrava metanolem	21
3.1.1	Příznaky	21
3.1.2	Otrava metanolem a závislost na alkoholu	22
3.1.3	Prevence otravy metanolem	22
3.2	Léčba otravy metanolem	23
3.2.1	Léčba etanolem	24
3.2.2	Léčba fomepizolem	26
3.2.3	Léčba leukovorinem	27
3.2.4	Léčba hemodialýzou	27
3.3	Metanolová aféra v ČR	29
3.3.1	Srovnání hromadných otrav v České republice a v jiných zemích	30
4.	Alkoholové prohibice ve světě	32
4.1	Prohibice v USA	32
4.2	Prohibice v Rusku	33
4.3	Prohibice v severských zemích	34
4.3.1	Prohibice v Norsku	34
4.3.2	Prohibice ve Švédsku, Finsku a Dánsku	34
5.	Harm reduction strategie zaměřené na abúzus alkoholu	36
5.1	Nový pohled na léčbu alkoholismu	36
5.1.1	Nový koncept léčby	37
5.2	Doporučení směřující k bezpečnějšímu užívání alkoholu	38
5.2.1	Snižování rizik jako cíl - HAMS	38
5.2.2	Kontrolované pití	40

5.2.3	Alkohol testery a individuální monitoring intoxikace alkoholem	40
5.3	Intervence harm reduction na komunitní úrovni.....	41
6.	Popis metodologického rámce a metod	44
6.1	Cíle výzkumu	44
6.2	Výzkumné otázky	44
6.3	Popis výzkumného souboru	45
6.3.1	Regionální rozložení souboru.....	45
6.3.2	Věk a pohlaví	45
6.3.3	Zaměstnání.....	46
6.3.4	Vzdělání	47
6.4	Metody získávání dat	47
6.5	Metody zpracování a analýzy dat.....	48
6.6	Etika.....	49
7.	Přehled výzkumných výsledků – spotřebitelé/konzumenti	50
7.1	Strategie získávání alkoholu nad 20% v průběhu prohibice	50
7.1.1	Nákup alkoholických nápojů v zahraničí	50
7.1.2	Získávání alkoholu s obsahem etanolu nad 20% od prodejců	50
7.1.3	Využití vlastních zásob alkoholických nápojů.....	52
7.2	Opatření učiněná k ochraně vlastního zdraví a změny v užívání alkoholu	53
7.2.1	Pití z ověřených, otevřených láhví	53
7.2.2	Po prohibici přechod ke kvalitnějším značkám	54
7.2.3	Vyhýbání se pití tvrdého alkoholu či snížení pití alkoholu	54
7.2.4	Abstinence.....	55
7.2.5	Kompenzační pití piva a vína.....	56
7.2.6	Nedůvěra ke stánkovému prodeji	56
7.2.7	Pití alkoholu pod 20% místo nad 20 %	57
8.	Přehled výzkumných výsledků – prodejci	58
8.1	Ochranná opatření uskutečňovaná prodejci.....	58
8.2	Úskalí doprovázející zavedení prohibičních opatření.....	59
8.2.1	Poptávka po alkoholu.....	59
8.2.2	Negativní reakce na odmítnutí prodeje požadovaného alkoholu.....	60
8.3	Prohibice z pohledu prodejců	61
8.3.1	Vykupování lahví	62
8.3.2	Zavedení nových kolků	62
8.3.3	Kontrola pomocí laserového spektrometru	63
8.3.4	Doprodání zásob alkoholu, které měly být zlikvidovány.....	64

9. Diskuse	65
10. Závěr.....	70
Seznam použité literatury	72

Abstrakt

Září roku 2012 se stalo známým díky metanolové aféře v České republice, během které bylo hospitalizováno přes sto jedinců a zemřelo několik desítek lidí. To vše v důsledku požití metanolu v pančovaném alkoholu. Od 14. – 27. září 2012 proběhla v České republice částečná a časově limitovaná prohibice, která omezovala prodej alkoholických nápojů s obsahem alkoholu 20% a vyšším. Vzhledem k dalším otravám v posledních letech je téma metanolových otrav stále aktuální.

Cílem diplomové práce je zmapování harm reduction strategií zaměřených na snižování rizika otravy metanolem a aplikovaných ohroženou cílovou skupinou konzumentů alkoholických nápojů. Dále nastínění rizikových vzorců chování a strategií u výzkumného souboru. V návaznosti na tyto cíle je důležité prozkoumat průběh dodržování mimořádných opatření, zacílených na koncový trh s alkoholem. Data získaná v rozhovorech s prodejci pomohou k ucelenému náhledu na situaci a doplní výzkum o informace týkající se možných úskalí uplatňování prohibice a strategií ke snižování poptávky.

Výzkum byl prováděn pomocí kvalitativních metod. Sběr dat by uskutečněn formou polostrukturovaných interview. Pro zpracování dat byly aplikovány techniky kódování, kategorizace a metoda zachycení vzorců. Tyto metody byly použity za účelem zodpovězení výzkumných otázek a nalezení nových informací. Výzkumný soubor tvořilo 160 respondentů, v zastoupení 107 konzumentů alkoholu (82 mužů a 25 žen) a 53 prodejců (29 mužů, 24 žen). 35 % respondentů se účastnilo výzkumu v severních Čechách (Děčín, Ústí nad Labem), 30 % se účastnilo výzkumu ve středních Čechách (Praha, Říčany u Prahy) a 36 % na Moravě (Havířov, Přerov a Zlín).

Byla vysledována tato ochranná opatření aplikovaná konzumenty alkoholu: změna vzorce užívání alkoholu (např. abstinence, kompenzační pití piva a vína), dále pití z otevřené/ověřené láhve a vyhýbání se neověřeným zdrojům prodeje. Jako rizikové chování spojené s ohrožením otravou metanolem byla vysledována snaha zakoupit či jinak získat nápoje s obsahem alkoholu vyšším 20% (např. nákup od prodejce) a dále jejich konzumace.

Klíčová slova: prohibice - alkohol - vzorce užívání - maloobchodní prodej - otrava metanolem

Abstract

September 2012 had become known as a synonym for the methanol scandal in the Czech Republic during which over a hundred of individuals were hospitalized and several dozens of the patients died. This all occurred due to the ingestion of the adulterated alcohol. Whereas partial and time-limited prohibition which restricted the sales of alcoholic beverages with the alcohol content of 20 per cent and higher, was enforced in the Czech Republic from 14th to 27th September 2012. Due to further emerging poisonings in recent years is the topic of the methanol poisonings still relevant.

The aim of the diploma paper is to depict the harm reduction strategies targeted on reducing the risks of the methanol poisonings used by the vulnerable target group of the alcoholic beverages consumers. Further are being outlined the risk behavior patterns and strategies in the targeted group of participants. According to the above mentioned aims is relevant to investigate the process of compliance of the emergency measures focused on the end market with the alcohol. Data gathered in the interviews with the retailers will help to obtain the general overview of the situation and supply the information about the possible plunges of the prohibition implementation and the strategies of the demand reduction implementation.

The research was conducted by using the qualitative methods. Data collection was done by the semi-structured interviews. The gathered data were processed by the following methods: coding, categorization and interception of the patterns. Those methods were used in order to answer the research questions and finding new information. The research sample consisted of 160 participants, 107 consumers of alcoholic beverages (82 men and 25 women) and 53 retailers of alcoholic beverages (29 men, 24 women). 35% of participants took part in the research in Northern Bohemia (Děčín, Ústí nad Labem), 30% of participants in Central Bohemia (Praha, Říčany u Prahy) and 35% in Moravia (Havířov, Přerov and Zlín).

The protective measures used by the consumers of the alcoholic beverages which were traced were following: change in the patterns of the alcohol use (e.g. abstinence, compensation drinking of beer and wine), as well as drinking from an open/a certified bottle, and avoiding the unknown and unauthorized sale sources. As risk behavior associated with the methanol poisoning threat has been traced an attempt to buy or otherwise obtain beverages with alcohol content of 20% and higher (e.g. purchasing from a dealer) and then their drinking.

Key words: prohibition – alcohol – patterns of use – retail sale – methanol poisoning

1. Úvod

Dne 6. září 2012 byla oficiálně potvrzena zpráva o závažných zdravotních komplikacích pacientů hospitalizovaných na oddělení ARO v Havířově z důvodu otravy metylalkoholem, příčinou byla konzumace nápojů obsahujících alkohol. V ten samý den se objevila první úmrtí. V důsledku těchto událostí probíhaly již od 6. září zacílené kontroly prováděné orgány ochrany veřejného zdraví. Tyto kontroly probíhaly především v Moravskoslezském kraji, jako regionu s nejvyšším počtem případů otrav. Dne 10. září 2012 byla Ministerstvem zdravotnictví ČR vyhlášena mimořádná kontrolní akce zaměřená na kontrolu původu alkoholu a kontrolu související dokumentace. Pozornost orgánů ochrany veřejného zdraví se zacílila na sledovatelnost alkoholických nápojů nabízených v restauračních zařízeních a jiných provozovnách společného stravování (Ministerstvo zdravotnictví, 2015).

Dne 14. září 2012 bylo vyhlášeno ministrem zdravotnictví Leošem Hegerem mimořádné opatření spočívající v prohibici prodeje a distribuce alkoholu s obsahem etylalkoholu vyšším 20% (Ministerstvo zdravotnictví, 2012a). Důvodem byla řada úmrtí a dalších poškození v důsledku požití pančovaného alkoholu s obsahem nebezpečného metylalkoholu. Dne 27. září 2012 byla částečná a časově limitovaná prohibice ministrem zdravotnictví zmírněna (Ministerstvo zdravotnictví, 2012b), na pulty se opět vrátil alkohol s obsahem etanolu 20% a vyšším. Vznikla ovšem následující opatření:

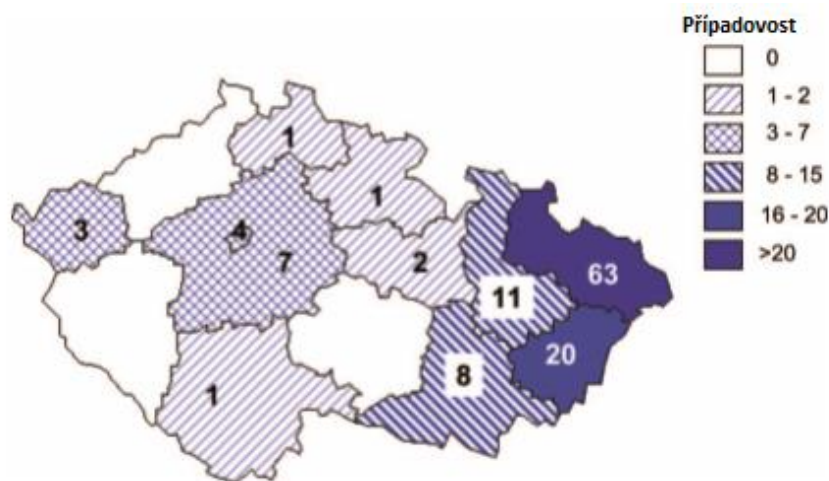
1. Uvolnění se týká alkoholu s obsahem etanolu vyšším jak 20 %, který byl vyroben v roce 2011 a dříve. U alkoholu vyrobeného v roce 2012 je nutné doložit tzv. rodný list, tedy doklad o původu a nezávadnosti.
2. Podle vládního nařízení je nutné otevřené lahve bez dokladu o původu a nezávadnosti zlikvidovat. Výjimkou mohou být drahé lihoviny, které majitelé nechají otestovat v laboratořích.
3. Vznikl návrh na vyšší pokuty, zákaz stánkového prodeje, odebírání živností, zmenšení spotřebitelského balení a změnu kolkování (ČTK, 2012).

Zakharov (2014, ústní sdělení) uvádí, že v roce 2014 dosahoval souhrnný počet hospitalizovaných osob v souvislosti s otravou metanolem čísla 160.

Jann (2015, ústní sdělení) dle statistik ÚZIS popisuje, že v období září až prosince roku 2012 došlo k 35 úmrtím, kde byl jako základní příčina určen toxický účinek metanolu. Dále pak

v roce 2013 došlo k 9 úmrtím se stejnou diagnózou. Co se týče počtu hospitalizovaných v období září až prosince roku 2012 bylo zaznamenáno 97 hospitalizovaných pacientů. Za celý rok 2013 pak 15 pacientů. Zde jsou zahrnuty také hospitalizace na náhodné, úmyslné nebo blíže nezjištěné intoxikace. Jann (2015, ústní sdělení) dále dodává, že od jistého okamžiku odpadla zdravotním zařízením povinnost tyto jevy hlásit.

Téma metanolových otrav je velmi diskutovanou a komplikovanou problematikou, která v sobě zahrnuje obecné ohrožení populace, trvalé zdravotní následky či v horším případě smrt otrávených osob. Je nutné se tímto tématem dále zabývat, hledat nové skutečnosti a souvislosti za cílem co nejefektivnější práce na preventivních opatřeních, která mají za úkol chránit před tímto jevem širokou veřejnost.



Obrázek 1. „Situační“ mapa znázorňující ohniska metanolové otravy od září do prosince 2012.

Zdroj: Zakharov, S. et al. (2014).

2. Alkohol

Alkohol, chemicky etylalkohol či etanol (C_2H_5OH), vzniká chemickým procesem kvašení ze sacharidů, z polysacharidů obilných zrn nebo brambor. Vyšší koncentrace se dosahuje destilací (Popov in Kalina et al., 2003). Alkohol je zařazen mezi legální drogy, nicméně také mezi drogy tvrdé. Psychotropní účinek je navozován ovlivněním několika neurotransmiterových systémů – dopaminergního, noradrenergního a GABAergního. Alkohol je droga užívaná výhradně per os. Mezi vlastnosti patří dobré procházení skrz biologické membrány. Rychle se vstřebává z trávicího traktu a prochází hematoencefalickou bariérou do mozku (Minařík in Kalina et al., 2008). V mnohých částech světa je pití alkoholických nápojů klasickým rysem společenských setkání. Nicméně, konzumace alkoholu s sebou nese riziko nežádoucích zdravotních a sociálních komplikací, spojených s intoxikací touto látkou a jejími vlastnostmi, díky kterým může vyvolávat závislost (World health organisation, 2015).

2.1 Účinky alkoholu a zdravotní rizika s nimi spojená

Účinek alkoholu je závislý na velikosti dávky a na dalších faktorech, jako je vliv prostředí, genetické dispozice a aktuální zdravotní stav. Požití alkoholu se nejčastěji projevuje jako stav prosté opilosti. Malé dávky působí stimulačně, vyšší tlumivě. Na počátku konzumace je charakteristické zlepšení nálady, pocit sebevědomí a energie. Později dochází ke ztrátě zábran a snížení sebekritičnosti. Postupně se dostavuje únava, útlum a spánek.

Intoxikace má čtyři stádia v závislosti na hladině alkoholu v krvi:

1. *lehká opilost* – excitační stadium (alkoholémie do 1,5g/kg);
2. *opilost středního stupně* – hypnotické stadium (alkoholémie 1,6 – 2,0g/kg);
3. *těžká opilost* – narkotické stadium (alkoholémie více než 2g/kg);
4. *těžká intoxikace* se ztrátou vědomí, hrozící zástavou dechu a oběhu – asfyktické stadium (alkoholémie nad 3g/kg) (Minařík in Kalina et al., 2008).

2.1.1 Krátkodobé nežádoucí účinky

- intoxikace alkoholem je provázena množstvím tělesných příznaků, které se projevují v závislosti na výši užitých dávek, typicky se vyskytují porucha rovnováhy a svalového napětí, dochází ke zpomalení reakčního času, setkáváme se také s nevolností a zvracením;

- dále se objevují poruchy chování a agresivita, snížená sebekritičnost může mít za následek riskantní chování a v souvislosti s těmito jevy bývají způsobené nejrůznější úrazy;
- v případě těžší intoxikace alkoholem dochází k poruchám vědomí a následně až ke smrti;
- patická opilost (patická ebrieta) patří mezi poměrně málo časté komplikace – tento stav nastává po vypití malého množství alkoholu, které by u většiny lidí intoxikaci nezapříčinilo, vyskytují se bludy a halucinace, objevuje se porucha vědomí, dochází k poruchám chování spojených s agresí, tento stav odeznívá po několika minutách až hodinách a končí spánkem, na tento stav si následně jedinec nepamatuje, trpí amnézií (Minařík in Kalina et al., 2008).

2.1.2 Dlouhodobé nežádoucí účinky

- poškození gastrointestinálního traktu – poruchy trávení, průjemy, gastritidy, poškození jater může také vést až k rozvoji jaterní cirhózy a jícnovým varixům, nádorové bujení může být důsledkem chronického abúzu – jedná se o karcinomy jater, jícnu, žaludku, tenkého střeva a konečníku, dochází i k poškození slinivky a ke vzniku diabetu, s chronickým abúzem alkoholu je spojena malnutrice či avitaminózy, tyto stavy mohou jedince ohrožovat na životě;
- funkční a orgánové poškození oběhového systému – arteriální hypertenze, kardiomyopatie;
- často se objevují poruchy krvetvorby, anémie a poruchy hemokoagulace;
- poruchy spánku, úzkostné a depresivní stavy;
- s neurotoickými účinky alkoholu je spojeno poškození nervového systému – organické poškození mozku, polyneuropatie, následkem chronického abúzu alkoholu dále vzniká psychotická porucha, tento stav se projevuje halucinacemi, paranoidními bludy, poruchami paměti apod.;
- poškození endokrinního systému – k impotenci vedoucí narušená sekrece glukokortikoidů a testosteronu u mužů;
- u těhotných žen může dojít k poškození plodu – fetální alkoholový syndrom (FAS) (Minařík in Kalina et al., 2008).

2.2 Alkohol a závislost

Závislost je pro některé lidi silným motivačním faktorem. Bažení (craving), které závislost vyvolává, může být naprosto zdrcující. Touha závislých jedinců po droze může být natolik silná, že jsou pro ni schopni vzdát se práce, rodinného života i známých, domova a někdy

dokonce i svobody. O závislosti hovoříme tehdy, když vznikne vzorec nutkavého a destruktivního užívání látek (Atkinson, 2003).

Z pohledu spotřeby alkoholu se Česká republika dlouhá léta umísťuje mezi státy obsazující nejvyšší příčky. Podle Světové zdravotnické organizace byla Evropa v letech 2003–2005 regionem s nejvyšší mírou spotřeby alkoholu na světě, průměrně je to 12,2 l čistého alkoholu za rok na osobu starší 15 let, přičemž Česká republika zaujímal druhého místo (s 16,5 l na osobu a rok) za Moldávií (18,2 l) před Maďarskem (16,3 l), Ruskem (15,7 l) a Ukrajinou (15,5 l) (World Health Organization, 2011). Nadměrná pravidelná konzumace alkoholických nápojů se u nás vyskytuje přibližně u 25% dospělé mužské populace a 5% žen. V průmyslově vyspělých zemích představují lidé závislí na alkoholu 30 – 40% (Popov in Kalina et al., 2003).

Nešpor (2011, p. 9-10) popisuje závislost jako skupinu „*fyziologických, behaviorálních a kognitivních fenoménů, v nichž užívání nějaké látky nebo třídy látek má u daného jedince mnohem větší přednost než jiné jednání, kterého si kdysi cenil více*“. Základní charakteristikou syndromu závislosti je touha užívat psychoaktivní látky, alkohol nebo tabák. Definitivní diagnóza závislosti by se obvykle měla ustanovit jen tehdy, pokud v rozmezí jednoho roku došlo ke třem či více z následujících jevů:

- *silná touha nebo puzení užívat látku;*
- *potíže v sebeovládání při užívání látky v případě, že jde o začátek a ukončení nebo o množství látky;*
- *tělesný odvykací stav:* droga je užívána s úmyslem zmírnit příznaky vyvolané předchozím užíváním této látky, může docházet i k odvykacímu stavu, který je typický pro určité typy substancí vyvolávající závislost;
- *průkaz tolerance k účinkům látky,* příkladem může být vyžadování vyšších dávek za účelem dosažení účinku původně vyvolaného nižšími dávkami;
- *postupné zanedbávání jiných potěšení nebo zájmů ve prospěch užívané psychoaktivní látky,* dále trávení velkého množství času získáváním prostředků k získání látky, jejím užíváním, nebo zotavováním se z jejího účinku;
- *pokračování v užívání i přes jasný důkaz zjevně škodlivých následků.*

2.2.1 Alkoholismus

Podle Americké zdravotnické asociace (2015) je alkoholismus chronickým onemocněním s genetickými, psychosociálními a environmentálními faktory, které ovlivňují jeho vývoj a projevy.

Anonymní alkoholici (2014) uvádějí, že nemají jednotnou definici alkoholismu. Lze jej údajně označit jako fyzické kompulze, spojené s duševní posedlostí. Kromě toho, že má nemocný obrovskou chuť na alkohol, má prý tyto touhy v nejhorší možnou dobu.

Nordqvist (2014) popisuje vedle pití alkoholu další znaky alkoholismu a to následující:

- pití o samotě;
- pití v tajnosti;
- neschopnost omezit spotřebu alkoholu;
- Blacking out - zapomínání časových úseků;
- rituály - podrážděnost, když se tyto rituály naruší;
- ztráta zájmu o koníčka a aktivity, které byly dříve náplní volného času;
- pocity nutkání k pití;
- pocit podrážděnosti, když není alkohol k dispozici a nelze se napít;
- ukrytování alkoholu na zvláštních místech;
- hltání alkoholických nápojů za účelem opití a následného dobrého pocitu;
- problémy ve vztazích (vyvolané pitím);
- problémy se zákonem (způsobené pitím);
- pracovní problémy (způsobené pitím, nebo pití jako příčina);
- finanční problémy (způsobené pitím);
- vyžadování větších množství alkoholu, k pocítění jeho účinku;
- zvracení, pocení, či třes pokud je alkohol odepřen.

Diagnostická klasifikace dle MKN-10

Duševní poruchy a poruchy chování způsobené užíváním alkoholu se podle MKN – 10

klasifikují jako diagnóza F 10.

F 10.0 *Akutní intoxikace vyvolaná užitím alkoholu*

Stav po užití alkoholu, který vede k poruchám na úrovni vědomí, vnímání, emotivity, chování, nebo jiných psychofyzilogických funkcí či reakcí. Jedná se o akutní opilost.

F 10.1 *Škodlivé užití alkoholu*

Musí být prokazatelné, že užívání alkoholu vede k tělesnému, nebo psychickému poškození.

F 10.2 *Syndrom závislosti na alkoholu*

Soubor behaviorálních, kognitivních a fyziologických stavů, který se vyvíjí při opakovaném užití alkoholu. Typické jsou následující projevy:

- silná touha nebo nutkání užít alkohol (craving),
- potíže v kontrole užívání látky, a to pokud jde o začátek a ukončení, nebo o množství alkoholu,
- somatický odvykací stav, pokud je látka užívána s úmyslem zmírnit příznaky odvykacího stavu, případně se těmito příznaky úplně vyhnout,
- průkaz tolerance k účinku alkoholu, potřeba vyšších dávek, aby se dosáhlo žádoucího účinku,
- postupné zanedbávání zájmů a koníčků ve prospěch užívání alkoholu,
- pokračování v užívání alkoholu i přes jasný důkaz zjevně škodlivých následků.

F 10.3 *Odvykací stav po odnětí alkoholu*

Skupina příznaků vyskytující se, při skončení užívání alkoholu při jeho dlouhodobém užívání.

F 10.4 *Odvykací stav s deliriem*

Skupina příznaků, které se vyskytují při skončení užívání alkoholu, po jeho dlouhodobém užívání. Tento stav je ovšem komplikován deliriem - delirium tremens.

F 10.5 *Psychotická porucha vyvolaná účinky alkoholu*

K diagnostikování psychotické poruchy musí být u pacienta přítomen soubor psychotických jevů, které se objevují během požití alkoholu nebo po něm. Důležitý je fakt, že tyto jevy

nelze přisoudit pouze působení alkoholu a nejsou součástí odvykacího stavu. Charakteristickými projevy jsou halucinace, bludy, psychomotorické poruchy (vzrušení nebo stupor) či abnormální afekt (intenzivní strach až extáze). Vědomí bývá jasné, ale může dojít k jeho mírnému zastření. Do této kategorie patří: Alkoholická halucinóza, alkoholická žárlivost, alkoholická paranoia a alkoholická psychóza NS.

F 10.6 *Amnestický syndrom vyvolaný alkoholem*

Jedná se o syndrom spojený s podstatným chronickým postižením paměti. Postižení paměti se vztahuje na nedávné i vzdálené skutečnosti. Bezprostřední vybavování bývá většinou zachováno. Typické je rozsáhlejší poškození čerstvé paměti nežli paměti dávné. Dále je narušeno vnímání času, schopnost učit se nové věci apod. Mohou se vyskytovat konfabulace, ale není to pravidlem. Do této skupiny se řadí následující onemocnění: Amnestická porucha, vyvolaná alkoholem a Korsakovova psychóza nebo syndrom, vyvolané alkoholem.

F 10.7 *Psychotická porucha reziduální a s pozdním nástupem vyvolaná alkoholem*

Porucha, u které nacházíme změny v poznávání, afektu, osobnosti nebo chování. Do této skupiny patří například alkoholická demence NS, chronický alkoholový mozkový syndrom, do této skupiny řadíme také tzv. „flashbacky“.

F 10.8 *Jiné duševní poruchy a poruchy chování*

F10.9 *Neurčené duševní poruchy a poruchy chování* (MKN-10, 2009).

Vývoj závislosti na alkoholu shrnuje Jellinek do následujících fází:

1. *Počáteční fáze alkoholismu* – na začátku má pití alkoholu rekreační a společensky tolerovaný charakter. K pití tedy dochází především ve společnosti druhých lidí, kteří také popíjejí, na různých akcích apod. Pití přináší úlevu, euforii, usnadňuje navazování společenských kontaktů. Pití je zpočátku pouze příležitostné, nicméně se postupem času stává častějším a pravidelnějším. Pro toto stádium je typické, že se alkohol pije převážně v menších dávkách, k opilosti tedy dochází zřídka. V tomto období se vytváří psychická závislost, zvyšuje se tolerance vůči alkoholu.

2. *Prodromální (varovná) fáze alkoholismu* - dotyčný pije i o samotě, důvodem nejčastěji bývají různorodé problémy, které dotyčného sužují. V této fázi se setkáváme již běžně s opilostí a objevují se také tzv. „okna“. Psychická závislost je již rozvinutá v plném rozsahu

a začíná se vytvářet také závislost somatická. Je patrná potřeba užít alkohol bez ohledu na jeho druh či formu podání.

3. *Kruciální (rozhodující) fáze alkoholismu* – toto období je charakteristické ztrátou kontroly, pití je racionalizováno, hledá se pro něj vysvětlení. Užívání alkoholu jedinci způsobuje velké množství společenských problémů a potíží. V této fázi je vytvořena psychická i somatická závislost. Díky přítomnosti somatické závislosti se v případě vynechání alkoholu dostavují abstinenční příznaky.

4. *Terminální (konečná) fáze alkoholismu* – pro tuto fázi je typické, že dochází k soustavné konzumaci alkoholu kdykoli během dne. Dotyčný celkově chátrá jak tělesně tak duševně, objevují se různé psychické poruchy (Jellinek n.d.in Janik & Dušek, 1990).

Dále se Jellinek věnuje **typologii závislosti na alkoholu**:

- *typ α*: „problémové pití“, abúzus alkoholu jako sebemedikace k odstranění dysforie, potlačení, tenze, úzkosti, deprese, časté pití o samotě;
- *typ β*: příležitostné pití, časté pití ve společnosti, je podmíněno sociokulturně, následkem je somatické poškození;
- *typ γ*: anglosaský typ = preference piva a destilátů – somatické a psychické poškození opilost, výrazně vyjádřená psychická závislost, charakterizovaná porucha kontroly pití;
- *typ δ*: románský typ = víno – spíše trvalé udržování hladinky, bez výraznějších projevů opilosti a ztráty kontroly, s výrazněji vyjádřenou somatickou závislostí a poškozením;
- *typ ε*: dipsomanie = periodické kvartální excesy, "šňůry", epizodický abúzus (nadužívání)

v průběhu dní i týdnů, kvartální pijáctví (Minařík in Kalina at al., 2008).

2.2.2 Odvykací stav

Užívání alkoholu může vést k psychické a fyzické závislosti. Alkoholový odvykací stav se objevuje u osob, které dlouhodobě a intenzivně konzumují alkohol. Dochází k němu během několika hodin až dní po přerušení užívání alkoholu, či po výrazném snížení dávek pravidelně konzumovaného alkoholu. Maximální intenzita příznaků se většinou projeví druhý den po vysazení. Charakteristickými projevy jsou:

- třes rukou či celého těla;
- pocení;

- závratě či poruchy stability a koordinace pohybů;
- úzkost a poruchy spánku;
- psychomotorický neklid;
- přechodné halucinace/iluze – vizuální, taktilní či sluchové;
- nauzea, zvracení;
- bolest hlavy, tachykardie, hypertenze.

Odvykací stav by měl, při normálním průběhu, odeznít do čtyř až pěti dní. Některé z příznaků, jako nespavost a úzkost, mohou přetrvávat i několik měsíců. Odvykací stav může být komplikován křečemi, epileptiformními záchvaty, může vygradovat do alkoholového odvykacího stavu s deliriem. *Delirium tremens* je závažný, někdy život ohrožující stav s relativně vysokou úmrtností. Projevuje se poruchami vědomí, kognitivních funkcí, vizuálními, taktilními, čichovými nebo sluchovými halucinacemi, bludy (často paranoidními), dezorientací, výrazným psychomotorickým neklidem, vegetativními poruchami, hrubým třesem („tremes“ = třesoucí se), záchvaty křečí. Maximum těchto potíží se projevuje v noci. Typická je inverze spánku (Popov in Kalina et al., 2003).

2.3 Léčba alkoholismu

V terapii závislosti hraje velmi důležitou roli psychoterapie. Ve většině případů je aplikována skupinová, dynamicky orientovaná psychoterapie. Terapeutický program lůžkových oddělení často uplatňuje principy terapeutické komunity. Jeden z nejdůležitějších terapeutických cílů pacienta v odvykací léčbě je získání náhledu, jeho vývoj od náhledu verbálního k náhledu produktivnímu. V tento moment je pacient schopen začít uskutečňovat důležité změny životního stylu a s tím související rozhodnutí pro abstinenci. U ostatních klinických stavů, vyvolaných užíváním alkoholu, má psychoterapie roli podpůrné terapie – vedle různě intenzivní farmakoterapie. Abstinence je základní podmínkou léčby závislosti. Pro tuto poruchu je známá „nevratná“ ztráta schopnosti kontrolovaně konzumovat alkohol (Popov in Kalina et al., 2003).

Detoxifikace je používána jako forma podpůrné léčby poruch metabolického stavu. Specifická farmakoterapie spočívá v aplikaci látek na základě zkřížené tolerance. V lehčích stadiích benzodiazepiny (oxazepam) nebo neuroleptikum tiaprid, v těžších spíše

clomethiazol (Heminevrin). Dále je důležité podávání multivitaminových preparátů, eventuálně thiaminu a kyseliny listové (Minařík in Kalina et al, 2008).

Burke (2012) popisuje léčbu alkoholismu jako postupnou a zahrnující následující body:

- detoxikace, zbavení těla alkoholu;
- rehabilitace, naučení se novým, či zapomenutým dovednostem;
- poradenství k řešení emocionálních problémů, které jsou rizikovým faktorem v recidivách;
- podpora, včetně dodržování 12 kroků programu, jako jsou Anonymní alkoholici;
- léčení zdravotních problémů spojených s alkoholismem;
- léky pomáhající k udržení abstinence.

2.3.1 Léky pomáhající k udržení abstinence

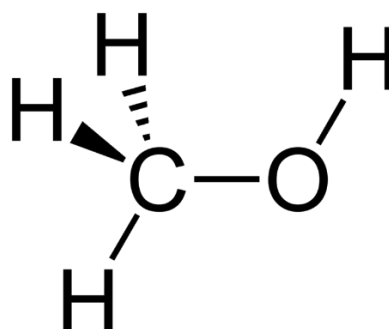
• *Naltrexon* (ReVia, Vivitrol) je používán pouze v případech, kdy jedinec absolvoval detoxifikační proces (Burke, 2012). Tento medikament působí prostřednictvím blokace receptorů v mozku, které jsou vázány s užíváním alkoholu. Tento lék v kombinaci s poradenstvím, může pomoci ve snížení touhy po alkoholu. Naltrexon je antagonistou účinků opioidů. Působení Naltrexonu je podobné jako u Naloxonu, ale má silnější a delší trvání. Není vhodný k léčbě předávkování, má pomalejší nástup. Na rozdíl od Naloxonu je možné jeho podání tablet. Nejrozšířenějším způsobem užití je předepisování dávek blokujících účinky jakékoliv opioidní drogy při jejím případném užití. Je třeba jej podávat denně, aby byl udržitelný jeho blokující účinek, může však minimalizovat riziko impulsivního rozhodnutí se k relapsu. Jeho podávání se doporučuje v první fázi po detoxifikaci, a to ke snížení tenze a cravingu (bažení) u opiátové i alkoholové závislosti (Drogy info, 2006).

• *Acamprosate* (Campral) je lék pomáhající obnovit původní chemický stav mozku před alkoholovou závislostí. Tento lék se také používá ve spojení s terapií. Doporučená délka podávání je jeden rok (Burke, 2012).

• *Disulfiram* (Antabus) je lék, který zapříčiňuje fyzickou nevolnost (zvracení, bolesti hlavy), kdykoliv jedinec požije alkohol. Je příkladem farmakologické senzibilizace, intenzivně zhoršuje snášenlivost alkoholu. Pomáhá v udržení abstinence. (Drogy-info, 2006).

3. Metanol

Metylalkohol (CH₃OH), také dřevitý líh nebo karbinol, je nejjednodušší alifatický alkohol. Jedná se o tekutinu čirou, toxickou, hořlavou, která má alkoholový zápach. Bývá součástí rozpouštědel, odšťrkovačů, kapalin do kopírovacích strojů a je používán ve formě alternativní pohonné látky (Sklenářová & Hermanová, 2013). Popov (In Kalina, 2003, p.151) popisuje metylalkohol jako „*silný nervový jed, který působí selektivně na oční nerv a který vede k metabolickému rozvratu vyvoláním acidózy.*“



Obrázek 2. - Metanol

Zdroj: Wikipedie.

3.1 Otrava metanolem

Metanol má relativně nízkou vlastní toxicitu, metabolizuje se ovšem do vysoce toxických látek, které mohou způsobit slepotu, kóma a metabolické poruchy, které mohou být život ohrožující. Metanol se dobře absorbuje zažívacím traktem, také kůže a při vdechování. Je pouze mírně opojný. Jeho toxické účinky vyplývají z jeho metabolismu, kdy se v játrech přeměňuje na formaldehyd a z něho se následně aldehyd-dehydrogenázou vytváří kyselina mravenčí. Lidé mají omezenou schopnost tuto kyselinu detoxikovat, následkem toho se tento metabolit hromadí v organismu a zapříčiňuje toxicitu (Barceloux, 2002). Minimální toxická dávka při otravě metanolem je 0,1ml/kg t.hm, smrtelná toxická dávka je 1ml/kg t.hm (Sklenářová & Hermanová, 2013).

3.1.1 Příznaky

Hlavním rizikem při intoxikaci metanolem je metabolická acidóza se vzestupem aniontového gapu a poklesem bikarbonátu. Acidóza je způsobena hromaděním kyseliny mravenčí a v pozdější fázi hromaděním kyseliny mléčné. Kyselina mravenčí se shromažďuje v sítnici, očním nervu a bazálních gangliích mozku. Dochází k jejich poškození a útlumu centrálního nervového systému (World health organization, 2007).

Příznaky otravy metanolem dle World health organisation (2007):

- zpočátku lehká opilost, horší artikulace;□
- po 12 - 24 hodinách bez příznaků následují bolesti hlavy, dušnost, bolesti břicha, hypotenze, křeče, zvýšená ospalost, případně ztráta barevného vidění;□
- postupně dochází k degeneraci zrakového nervu a rozvratu metabolických procesů.

Vyhnal (2015) popisuje následující příznaky otravy metylalkoholem:

- za 1 hodinu od požití čistého metanolu pozorujeme zmatenost, poruchu koordinace, ale nikoliv opilost, jako je tomu u etanolu;
- následuje období bez příznaků (čas nutný k tvorbě jedovatých produktů formaldehyd + kyselina mravenčí);
- za 6 – 30 hodin od požití jsou zjevné charakteristické symptomy jako zvracení, bolesti horní části břicha, průjem, bolesti zad, závrať, bolesti hlavy, slabost, zmatenost, nesrozumitelná řeč, neklid, ztuhlost šije, křeče, kóma;
- projeví se také poruchy vidění – nemocný má pocit, že se dostal do sněhové vánice, oči má „zahalené mlhou“.

3.1.2 Otrava metanolem a závislost na alkoholu

U jedinců, kteří jsou závislí na alkoholu, je třeba počítat se zvýšeným rizikem intoxikace metanolem s nepříliš dobrou prognózou. Tito jedinci bývají často opilý či v podnapilém stavu. Rizikovým faktorem jsou situace, kdy mohou počáteční příznaky otravy metanolem uniknout pozornosti, protože jsou považovány za běžnou opilost. Závislý může mít strach z kontaktu s policií, zdravotníky, úředníky apod. a proto se těmto lidem raději vyhne. Může se tedy stát, že pomoc nepřijde včas, nebo dotyčný pomoc odmítá a brání se jí. V případě léčby otravy metanolem může být závislý na alkoholu považován za rizikovějšího pacienta zejména z následujících dvou důvodů:

1. celkový zdravotní stav takového pacienta nebývá ve většině případů příliš příznivý,
2. u takového pacienta je zvýšená tolerance vůči etanolu, který rychleji metabolizuje a potřebuje tedy častější a větší dávky etylalkoholu (Popov, 2012b).

3.1.3 Prevence otravy metanolem

Popov (2012b) doporučuje následující opatření prevence otravy metanolem:

- nepít alkohol vůbec;
- nepít alkohol neznámého původu (alkohol, který není opatřen kolky apod.);
- nepít destiláty, u piva a vína je riziko otravy metanolem velmi malé, nebezpečí představuje také kombinace piva či vína s destiláty;
- podnapilý či opilý člověk se stává méně opatrným a snáze vypije destilát neznámého původu.

Doporučená opatření World health organisation k vlastní ochraně před metanolem:

- vyhněte se nákupu nebo výrobě nelegálních alkoholických nápojů;
- buďte nedůvěřiví k levným alkoholickým nápojům, které se prodávají v neformálním prostředí, kde nemají licenci na prodej alkoholu, např. stánky na trhu;
- nepožívejte koupené alkoholické nápoje prodávané v neoznačených nádobách.
- Zkontrolujte nádoby se špatně vytisknutými štítky či typografickými chybami. Nekupujte láhve s porušenou pečetí.
- Bud'te informováni o příznacích otravy metanolem a okamžitě vyhledejte lékařskou pomoc (World health organisation, 2014).

3.2 Léčba otravy metanolem

Toxikologické informační středisko (2012) doporučuje níže popsané postupy při léčbě metanolové otravy.

- 1) *Zajištění základních životních funkcí*: uvolnit dýchací cesty, zajistit adekvátní ventilaci, při útlumu dechu nebo vědomí intubace, opatrně navýšit minutovou ventilaci jako prevenci zhoršení acidémie; průběžně sledovat TK, puls, dech, srdeční rytmus, stav vědomí, výdej moči, provést 12 svodové EKG; při hypotenzi doplnit tekutiny.
- 2) *Dekontaminace GIT*: nemá význam, protože metanol se rychle absorbuje; zvracení má smysl jen brzy po požití (do 1 hodiny), krátce po požití velkého množství metanolu je vhodné odsát žaludeční obsah nasogastrickou sondou; aktivní uhlí nemá efekt.
- 3) *Vyšetření*: a) ihned při příjmu stanovit hladiny metanolu a etanolu, pH, bikarbonát, elektrolyty, (vypočítat aniontový gap), není-li včas (do 2 hodin) dostupná hladina metanolu, změřit osmolalitu séra a vypočíst osmolální gap; jsou-li laboratorní výsledky 6 hodin po

požití normální, není otrava pravděpodobná; b) zajistit oční vyšetření včetně zrakové ostrosti;

4) *ANTIDOTA (etanol nebo fomepizol)*: zpomalují metabolismus metanolu kompetitivní inhibicí alkoholdehydrogenázy a brání tak vzniku metabolických komplikací; proto je léčbu vhodné zahájit často ještě před potvrzením diagnózy. Je-li pacient asymptomatický a je dobře dostupné toxikologické vyšetření (výsledky do 2 hodin), lze s podáváním antidota počkat. U symptomatických pacientů s těžkou acidózou, poruchami zraku nebo sníženým vědomím zahájit léčbu ihned. Pacienti léčení antidotem by měli zároveň dostávat *leukovorin* (kys. folinovou) i.v.

3.2.1 Léčba etanolem

Žádný léčebný přípravek se u nás není nevyráběn, jediná možnost je sterilizace 40% nebo 50% alkoholu magistraliter a příprava 10% sterilního roztoku v 5% glukóze. Podávání vyžaduje sledování na JIP (hrozí útlum dechu a CNS) a monitorování hladin etanolu, nejprve každou hodinu, po ustálení terapeutické hladiny a dávek (obvykle za 8-12 hod) každé 2-4 hodiny, ev. 3x denně (+ každou hodinu po změně dávkování), při hemodialýze častěji. Koncentraci etanolu udržovat v rozmezí 1-1,5 promile (‰, g/l, g/kg), u dospělých až 2‰, u dětí optimálně 1‰; hladina pod 1‰ je prakticky bez terapeutického efektu, přechodný vzestup nad uvedenou horní hranici dospělého pacienta neohrozí (TIS, 2012).

Etanol zastavuje metabolismus metanolu, u symptomatických pacientů je třeba zahájit léčbu antidotem i bez potvrzení diagnózy. První pomoc u dospělých je podání 150-200ml 40% destilátu per os (vodka, koňak). U dětí podání 1,5ml 40% destilátu zředěného vodou na 10-20% roztok. Terapie končí, je-li metanol v krvi nedetekovatelný s úpravou acidózy (Sklenářová & Hermanová, 2013).

Indikace k podání:

a) *toxické koncentrace v krvi při přijetí*: metanol nad 200 mg/l (nebo kyselina mravenčí nad 200 mg/l) POZOR, v pozdějších fázích intoxikací je třeba řídit se více anamnézou, klinickými příznaky a biochemickými změnami, nikoli jen koncentrací metanolu v krvi (může být již zmetabolizován);

b) *toxická dávka metanolu*: nedávné požití více než 0,1 ml/kg čistého metanolu (a zároveň osmolální gap nad 10 mOsm/l);

c) *alespoň dvě nespecifická laboratorní kritéria a zároveň požití jakéhokoli množství metanolu*: osmolální gap více než 10 mOsm/l nad kalkulovanou normální osmolalitu (nezpůsobený alkoholem) - metabolická acidóza (pH arteriální krve pod 7,3; bikarbonát v séru pod 20 mEq/l), vysoký aniontový gap;

d) *pacient má symptomy* (příznačné pro otravu metanolem).

Dávkování etanolu: obecně u dětí a abstinentů se doporučují nižší dávky, u alkoholiků o 50-100% vyšší.

Dávky i.v.: optimální je podávat 10% roztok etanolu v 5% glukóze nebo ve vodě centrálním žilním katetrem (roztok 5% sice nedráždí žíly, ale zatěžuje vyšší nálož tekutin, roztoky nad 10% jsou hyperosmolární a pro i.v. podání nevhodné):

a) úvodní bolus asi 800 mg/kg (8 ml/kg 10% etanolu) během 20-60 minut dle tolerance. Požil-li pacient současně s metanolem alkohol, nárazovou dávku snížit;

b) následně infuze 80-150 mg/kg/hod (0,8–1,3 ml/kg/hod 10% etanolu, alkoholici až 1,5 ml/kg/hod). Během HD zvýšit rychlost infuze (na 2,5-3,5 ml/kg/hod 10% etanolu) nebo přidat etanol do dialyzátu (1-2 g/l), u dialyzovaných alkoholiků jsou zapotřebí dávky etanolu až 320 (350) mg/kg/hod.

Dávky p.o. nebo NG sondou: než se podaří zajistit i.v. formu léčiva, lze podávat etanol per os, ale hůře se tak udržuje požadovaná stabilní hladina v krvi a dochází ke dráždění GIT:

a) úvodní dávka 800 mg/kg 100% etanolu naředěno ve šťávě, např. na 20% roztok (pro dospělé 20-30%, pro děti 5-10-(20)% roztok) např.: bolus 800 mg/kg pro 70 kg dospělého = 175 ml 40% destilátu (vodky), pro 10 kg dítě = 40 ml 20% etanolu;

b) udržovací dávka 80-150 mg/kg/hod (t.j. pro jedince kteří nejsou zvyklí pít alkohol 0,4-0,7 ml/kg/hod 20% etanolu, pro alkoholiky 0,8 ml/kg/hod 20% etanolu).

Trvání léčby: rozhodnutí o přerušení antidota se má opírat o koncentraci metanolu v krvi.
Terapii ukončit:

a) je-li metanol nedetekovatelný;

b) nebo je-li metanol < 50 mg/l (<0,05g/l, t.j. 1,56 mmol/l) a zároveň odezněla acidóza a známky systémové toxicity.

Obvykle se etanol podává po dobu několika dní, dokud není metanol zcela eliminován. Po skončení je vhodné sledování pacienta minimálně 24 hodin – hrozí riziko rebound acidózy, zvýšení kyseliny mravenčí v krvi apod. Etanol je dostupnější, levnější, ale vyžaduje kontinuální i.v. infuze, hodinové kontrolní odběry, stanovování hladin a je pravděpodobná častější potřeba hemodialýzy, což zvyšuje jinak nižší cenu léčby (TIS, 2012).

3.2.2 Léčba fomepizolem

Fomepizol (Fomepizole EUSA Pharma, koncentrát pro infuze, amp. 20 ml obsahuje 5 mg/ml = tj. 100 mg fomepizolu, v balení je 5 ampulí), (generický název fomepizol, chemicky 4-methylpyrazol), původně antidotum otrav etylenglykolem, později též metanolem. Fomepizol je specifický inhibitor alkoholdehydrogenázy, maximálního efektu dosahuje za 1,5 - 2 hodiny. Ve srovnání s etanolem má snadnější klinické použití, nevyžaduje monitorování hladiny, netlumí CNS, nepůsobí opilost ani hypoglykémii a může omezit potřebu hemodialýzy u některých pacientů (podá-li se brzy a není-li výrazná metabolická acidóza).

Indikace k preferování fopemizolu nad etanolem (vzhledem k limitované zásobě):

- a) metanol mezi 500-1000 mg/l (nebo kyselina mravenčí nad 400 mg/l), v pozdějších fázích intoxikací je třeba řídit se více anamnézou, klinickými příznaky a biochemickými změnami, nikoli jen koncentrací metanolu v krvi (může být již zmetabolizován na kyselinu mravenčí);
- b) metanol 500 mg/l a pH krve pod 7,0;
- c) metanol 300 mg/l a pH krve pod 7,0 a pacient není schopen hyperventilace.

Další situace, kdy je vhodnější užít fomepizol místo etanolu:

- 1) pacienti s poruchou vědomí;
- 2) současný vliv tlumivých látek (opioidy, sedativa, antidepresiva, antikonvulziva, antihistaminika, hypnotika);
- 3) jaterní onemocnění, pacienti užívající disulfiram (léčba alkoholismu) nebo metronidazol
- 4) těhotenství, zejména 1. trimestr, kdy je kontraindikován etanol;
- 5) děti (častější hypoglykémie po podání etanolu);
- 6) nedostupné laboratorní monitorování hladin etanolu, nemožnost monitorování pacienta na akutní jednotce.

Dávky: všechny podávat pomalou i.v. infuzí po dobu 30 minut, naředěné ve 100 ml 5% glukosy nebo fyziologického roztoku: úvodní dávka: 15 mg/kg (max. 1 g) další: 10 mg/kg – max. 4 bolusové dávky po 12 hodinách. 5. dávka: 15 mg/kg po 12 hodinách (pouze v případě, je-li po předchozí 48 hodinové periodě zapotřebí; zvýšení dávky kompenzuje autoindukcí zvýšený metabolismus fomepizolu). Fomepizol je účinně odstraňován dialýzou, proto by se po každém cyklu hemodialýzy měla poslední dávka zopakovat. Ukončení léčby fomepizolem v případě, je-li v séru: metanol < 150 mg/l při acidóze metanol < 300 mg/l bez acidózy.

Při limitované zásobě fomepizolu lze ukončit léčbu fomepizolem a dále pokračovat léčbou etanolem, je-li: metanol < 500 mg/l bez acidózy až do dosažení hladiny metanolu alespoň < 150 mg/l. Interakce fomepizolu: fomepizol zpomaluje eliminaci etanolu asi o 40%, etanol zpomaluje eliminaci fomepizolu asi o 50%, léčiva ovlivňující jaterní systém P450 mohou měnit hladiny fomepizolu (TIS, 2012).

3.2.3 Léčba leukovorinem

Kyselina folinová (leukovorin) je kofaktor oxidace kyseliny mravenčí na CO₂ a H₂O (foláty zvyšují clearance mravenčanů). Všem pacientům léčeným antidotem (inhibitory ADH) je třeba podávat každé 4 hodiny 50 mg leukovorinu, aktivní redukované formy kyseliny listové (přípravky Calciumfolinat, Leucovorin, Vorina inj.) i.v. v dávce 1 mg/kg (max. 50 mg) po 4-6 hodinách, po dobu 24-48 hod, eventuálně do úplného vymizení příznaků. Přípravek lze podávat i při pouhém podezření na otravu nebo u pacientů bez příznaků. Menší efekt se předpokládá u acidum folicum (p.o.), dávkování je stejné (TIS, 2012).

3.2.4 Léčba hemodialýzou

Hemodialýza (nebo méně účinná kontinuální veno-venózní hemodialýza CVVHD) významně eliminuje metanol i kyselinu mravenčí a koriguje metabolické poruchy. Je vhodná zejména u těžkých a velmi těžkých otrav, ale protože při léčbě antidotem se metanol odbourává velmi pomalu, může být vhodné současně nasadit hemodialýzu (dále také HD) i u pacientů s nižšími koncentracemi metanolu, i když nemají acidózu ani těžké příznaky. Někteří autoři dokonce doporučují provádět HD u všech pacientů léčených etanolem, protože snižuje dobu terapie a riziko komplikací. Dávky etanolu je při HD třeba zvýšit asi o 100 mg/kg/hod.

Indikace k akutní HD:

- hladina metanolu v krvi nad 500 mg/l (t.j. 15 mmol/l) - hodnoty kyseliny mravenčí vyšší než 200 mg/l (pokud se stanovují, jsou spolehlivější než metanol);
- těžká acidóza (pH méně než 7,3), osmolální či aniontový gap zvýšen o (5-)10 mOsm/l, resp. mmol/l - oční poruchy nebo známky CNS toxicity;
- selhávání ledvin, těžký rozvrat tekutin a elektrolytů, zhoršování stavu navzdory terapii;
- potřeba zkrácení léčby otravy;
- požití více než 25 ml čistého metanolu HD ukončit: při poklesu metanolu v krvi < 200 mg/l a po odeznění systémové toxicity, zejména acidózy (normalizace pH).

Hemodialýza a fomepizol: Indikace HD při terapii fomepizolem se nemění. Vynechat HD je při léčbě fomepizolem teoreticky možné, nemá-li pacient acidózu, ale vyžádalo by si to několik dalších dní léčby fomepizolem. Fomepizol je při hemodialýze třeba podávat ve 4 hodinových intervalech až do poklesu metanolu < 300 mg/l bez acidózy. Pokud má pacient acidózu, je dále třeba pokračovat v podávání antidota (fomepizolu nebo při jeho omezené zásobě etanolem) do hladiny metanolu v séru < 150 mg/l (TIS, 2012).

Tabulka 1. Léčba aplikovaná u 101 pacientů hospitalizovaných s otravou metanolem v ČR v roce 2012

	alkalizace	etanol	fomepizol	foláty	CVVHD	HD
Skupina I (n = 60)	24 (40%)	49 (82%)	8 (13%)	47 (78%)	19 (32%)	20 (33%)
Skupina II (n = 20)	17 (85%)	10 (50%)	8 (40%)	17 (85%)	13 (65%)	5 (25%)
Skupina III (n = 21)	18 (86%)	11 (52%)	5 (24%)	11 (52%)	13 (62%)	5 (24%)
Total (n=101)	59 (58%)	70 (69%)	21 (21%)	75 (74%)	45 (45%)	30 (30%)
P _I = II	0.001 *	0.005 *	0.010 *	0.519	0.008 *	0.486
P _I = III	0.001 *	0.008 *	0.260	0.023 *	0.015 *	0.416
P _{II} = III	0.948	0.879	0.265	0.025 *	0.837	0.929

Poznámky: Skupina I - přežili bez následků, skupina II - přežili s následky, skupina III - úmrtí. CVVHD – kontinuálně venózní hemodialýza, HD – přerušovaná hemodialýza. P_I II, III P_{II} III - výsledky Chi2 testu rozdílu v léčbě aplikované ve skupinách I, II a III (* Statisticky signifikantní rozdíl).

Zdroj: Zakharov,S et al. (2014)

3.3 Metanolová aféra v ČR

První případy otrav metanolem byly zaznamenány v Havířově 3. září 2012, v Moravskoslezském kraji. Během několika dní se otravy metanolem rozšířily do všech 11 krajů naší země. Několik případů otrav metanolem se objevilo také v zemích, které sousedí s Českou republikou. Šlo v první řadě o Polsko a podezření na otravu metanolem se objevilo také na Slovensku. Na konci roku 2012 bylo v České republice napočítáno dohromady 121 případů otravy metanolem. Z toho se v 79 % případů jednalo o muže a v 21 % případů o ženy. Mezi hospitalizovanými pacienty tedy bylo 79,2 % mužů, přičemž medián věku byl 53 let a průměrný věk byl 50,5 let. Žen bylo hospitalizováno 20,8 %, kdy průměrný věk byl 52 let a medián 57 let. Na otravu metanolem zemřelo 41 lidí, z toho 21 lidí zemřelo ve zdravotnických zařízeních a 20 lidí mimo síť zdravotnických služeb. Celková smrtelnost neboli letalita tedy činila 33,9 %. Otravu metanolem přežilo více mužů nežli žen, nicméně u mužů se častěji vyskytovaly trvalé následky, například poruchy zraku a poruchy CNS (Zakharov, et al., 2013). 56% hospitalizovaných v období září 2012 až leden 2013 bylo pravidelnými uživateli alkoholu (Zakharov, et al., 2014).

Česká republika zažila svou první částečnou prohibici, která byla uvedena v platnost 14. září 2012. Ministerstvo zdravotnictví takto zareagovalo na vlnu otrav metylalkoholem. Ministerstvo zdravotnictví s okamžitou platností zcela zakázalo prodej a nalévání nápojů s obsahem alkoholu 20 % a více. Toto opatření nahradilo starší nařízení z 12. září 2012, které zakazovalo pouze stánkový prodej tvrdého alkoholu. Důvodem pro zavedení částečné prohibice byla nová zjištění získaná 14. září, kdy na základě analýz vyšlo najevo, že zdrojem závažného alkoholu jsou především kamenné obchody a restaurace. Otravy alkoholem se navíc potvrdily i na dalších místech republiky.

Ministr zdravotnictví Leoš Heger ještě 13. září nepovažoval celoplošný zákaz za šťastné řešení. Ministr uvedl, že do této doby neexistoval dostatek důkazů, aby byla prohibice vyhlášena plošně po celé republice a poukázal přitom na to, že zdroje byly lokalizovány geograficky.

Porušení zákazu prodeje je správní delikt. Podnikateli v takovém případě hrozí pokuta až tři miliony korun a jeho provozovna může být dočasně uzavřena. V případě, že by pití prodával dál, mohl by být podezřelý z trestného činu obecného ohrožení, kde tresty přesahují deset let vězení. Hrozil by mu i trest výjimečný. Možné bylo i obvinění z trestného činu ohrožení zdraví závažnými potravinami z nedbalosti.

Prohibice se původně týkala pouze území České republiky a export nebyl nijak omezen. O pár dní později však Polsko a Slovensko zakázaly obchodování s více než 20% alkoholem vyrobeným v Česku. V reakci na to vláda preventivně zakázala vývoz stejného druhu lihovin. Důvodem byla obava z toho, že zákaz vývozu nařídí Evropská unie, a v tom případě by dle ministra Hegera bylo jeho odvolání daleko složitější.

Prohibice byla zmírněna 27. září 2012. Do prodeje se dostal alkohol vyrobený do 31. prosince 2011. Lihoviny vyrobené v průběhu roku 2012 se mohly začít prodávat pouze s novým kolkem a rodokmenem¹. Všechny otevřené lahve byly považovány za rizikové a byla nařízena jejich likvidace.

V historii České republiky zatím celostátní zákaz prodeje alkoholu platil pouze při parlamentních volbách v roce 1992. Nevztahoval se jen na deseti a méně stupňová piva. K zákazu přistoupila v roce 1994 během komunálních voleb také Praha (Aktualne.cz, 2015).

3.3.1 Srovnání hromadných otrav v České republice a v jiných zemích

První vlna hromadných otrav metanolem proběhla ve světě začátkem 20. století po objevení účinného způsobu jeho purifikace v 90. letech 19. století. V té době o toxicitě metanolu existovaly po dlouhý čas velké pochybnosti, jelikož se v pokusech na laboratorních zvířatech nedařilo vyvolat symptomy otravy. Od roku 1923, po masové otravě chemicky čistým metanolem, byla jeho toxicita již považována za prokázanou. Nicméně ani tím hromadné otravy ve světě nebyly u konce. Ve většině případů byl metanol záměrně přidán do lihovin se záměrem zvýšit zisk z ilegálního prodeje. Jsou známy případy masových otrav, způsobených použitím technických kapalin k ilegální výrobě alkoholických nápojů.

Celkovým počtem intoxikací (120 případů) a celkovou mortalitou (32,5 %) je hromadná otrava v ČR porovnatelná s otravou metanolem v Estonsku (190 případů, celková mortalita 36 %) i hromadnou intoxikací v Norsku (59 případů, celková mortalita 29 %). V ČR mělo 83 % pacientů symptomy intoxikace v době přijetí do zdravotnických zařízení, přibližně stejně, tedy 77% a 86%, bylo symptomatických pacientů v Norsku a Estonsku. Gastrointestinální symptomy (zvracení, bolesti břicha, abdominální křeče, průjem) byly nejčastějšími symptomy v ČR (63 %) a Estonsku (49 %), dále následovaly poruchy zraku, dyspnoe, kóma a bolest na hrudníku. V Norsku byly poruchy zraku (55 %) na prvním místě. V léčbě otrav metanolem používali lékaři ve všech zemích alkalizaci, podání antidota, folátů

¹ certifikátem dokládajícím původ alkoholického nápoje

a hemodialýzu. V 74% případů byl v České republice jako antidotum aplikován etanol, fomepizol samotný nebo v kombinaci s etanolem byl podán pouze u každého pátého pacienta. V Norsku byl fomepizol antidotem první volby a dostalo jej 71 % postižených, v Estonsku se používal pouze etanol. Hemodialýza se nejvíce používala v České republice (79%), i když rozdíl v počtu případů mezi zeměmi nebyl významný. Nemocniční mortalita činila v České republice 19%, 18% v Norsku a 23% v Estonsku. Jak v České republice, tak i v Estonsku, přežilo přibližně 60 % pacientů otravu bez následků, ze zbylých 40 % polovina zemřela a polovina přežila s následky v oblastech nervového systému a zraku. Nejčastějším následkem s 9% výskytu se v České republice stalo poškození zraku (Zakharov, et al, 2013).

Tabulka 2. Souhrn výskytu ohnisek metanolových otrav ve vybraných zemích a s tím spojených úmrtí

Země	Rok	Úmrtí	Počet otrav	Typ užívaného alkoholu
USA (Atlanta)	1951	41 (13%)	323	Whiskey obsahující 35 – 40% metanol
Kanada	1955	0 (0%)	49	Fluid obsahující metanol
Indie	1967	32 (36%)	89	Denaturovaný alkohol
USA(Kentucky)	1968	8 (44%)	18	Ředidlo – naředěné na 37% metanol
Malajsie	1977	15 (75%)	20	Alk. nápoje neznámého složení
Papua Nová Guinea	1977	4 (14%)	28	Čistý metanol
Brazílie	1997	13	-	"Cachaca" míchaná s indust. alkoholem
Norsko	2002 až 2004	17(33%)	51	Ilegální produkt obsahující 20% metanolu a 80% etanolu
Nový Zéland	1995 až 1996	8 (33%)	24	Denaturovaný líh
USA(42 států)	1993 až 1998	74(0,5%)	13524	Tekutiny do odstříkovačů
USA(věznice Nový Michigan)	1979	3(7%)	44	Metanol. ředidla do kopírek
Turecko(Istanbul)	1992 až 2001	—	271	—

Zdroj: Lachenmeier (2007).

4. Alkoholové prohibice ve světě

Prohibice (z lat. prohibitio) v obecné formě znamená zákaz, zapovězení, nedovolení, zamezení nebo zabránění. Obvykle je prohibicí zamýšlen absolutní zákaz výroby a prodeje alkoholu v rámci boje proti alkoholismu či z bezpečnostních, náboženských nebo jiných důvodů (Wikipedia, 2014a).

4.1 Prohibice v USA

Prohibice je ve Spojených státech spojována především s obdobím 1.světové války, ovšem první nátlaky vedoucí k omezení pití alkoholu se zde vyskytly již před válkou, například Svaz křesťanských žen, který předkládal, že alkohol je droga ničící rodinný život a vedoucí ke zločinnosti. V říjnu 1919 byl schválen Volsteadův zákon o zákazu alkoholu i přes veto prezidenta Woodrowa Wilsona a tento byl zároveň ratifikován jako 18. dodatek americké ústavy. Volsteadův zákon nabyl účinnost v lednu roku 1920. Tímto byla mimo jiné formulována právní definice opojných nápojů, dále byly stanoveny sankce za jeho výrobu. Prohibice byla zmírněna roku 1933, kdy bylo v USA trojnásobně více utajených barů, než v roce 1919. Cílem prohibice v té době bylo snížit zločinnost a dosáhnout co nejvyšší míry abstinence, účinek byl bohužel ovšem naprosto opačný (Skilnik, 2006).

Zatím co byla prohibice úspěšná při snižování množství spotřebovaného alkoholu, zároveň stimulovala proliferaci nekontrolovatelné, organizované a rozsáhlé trestné činnosti (Drehle, 2010). Společnost byla rozčarovaná a zákon o prohibici postupně ztrácel své příznivce.

Dodavatelům alkoholu na černém trhu sice hrozily tresty za produkci a distribuci alkoholu, což jim zvyšovalo náklady na organizaci, nicméně z druhé strany se vyhýbali mezním nákladům a daním, díky čemuž byl pro dodavatele tento prodej výhodným. Jak uvádí Lerner (2011) Volsteadův zákon měl řadu trhlin, které umožňovaly se těmto omezením vyhnout. Například lékárníci měli právo vydávat whisky na předpis pro libovolný počet onemocnění, toto samozřejmě nelegálnímu obchodu napomáhalo. V důsledku toho se počet lékárníků během prohibice trojnásobně zvýšil. Dále existovalo oprávnění k získávání vína pro náboženské účely, vzrostl tedy rapidně i počet rabínů. Zákon byl nejasný v případě domácí výroby vína. V tomto případě americký hroznový průmysl začal obratně vyrábět šťávové koncentráty, na kterých bylo umístěno „varování“, že by je konzumenti neměli nechávat dlouho stát, jinak by mohlo dojít ke kvašení, čímž by z nich vznikalo víno.

Lerner (2011) dále popisuje korumpující vliv prohibice. Policisté se často dostávali do situací, ve kterých byli upláćeni za přehlížení ilegálního obchodu s alkoholem, sami se ho

také často zúčastňovali. Prohibice udělala zločince z mnohých Američanů, postupem času právní systém nedokázal držet krok a vězení přetékala vězni. Soudní systém tedy rušil stovky případů najednou, protože obžalovaní už čekali na soud více, než rok.

4.2 Prohibice v Rusku

První "*suchý zákon*" na ruském území přijal podle historiků car Boris Godunov, který vládl v letech 1598-1605. Panovník tehdy zakázal využívat obilí na výrobu alkoholu kvůli hladomoru. Suchý zákon se poté objevil v letech 1914-1925, a další protialkoholní dekrety vydal Kreml v letech 1958 a 1972. Tehdy se jednalo hlavně o různé zákazy a represie, kdy byl povolen prodej tvrdého alkoholu pouze v restauracích. Jedním z faktorů byla také válka, Rusko stejně, jako ostatní státy, potřebovalo vojáky střízlivé.

Nejslavnější byl soubor tří vyhlášek, které vyšly v květnu 1985 krátce poté, co se generálním tajemníkem ÚV KSSS stal Michail Gorbačov. K jeho hlavním bodům patřilo omezení výroby a prodeje destilátů, zastavení výroby alkoholických nápojů z ovocných šťáv a bobulovin a zákaz domácí výroby alkoholu. Zcela se například přestala vyrábět vodka s podílem alkoholu 50 a více %, alkohol s 30 a více % se směl prodávat pouze od 11:00 do 19:00, v restauracích se "nalévalo" od 14:00. Za pití na veřejnosti hrozily pokuty a zničena byla asi třetina vinic a ovocných sadů (Zmints, 2012).

První výsledky "suchého zákona" byly pozitivní. Zatímco průměrná roční spotřeba čistého alkoholu se v letech před prohibicí pohybovala kolem deseti litrů na osobu za rok, v roce 1987 činila necelé čtyři litry. Netrvalo to dlouho a práci započala stínová ekonomika, rozběhla se domácí výroba "samohonky", situace se obrátila. Po dvou letech tak slibný plán skončil a "suchý zákon" je označován mnohými Rusy za jednu z největších katastrof moderních ruských dějin. Hodně utrpěla i Gorbačovova popularita (Wikipedia, 2014b). Rusko ztratilo přibližně 100 miliard rublů díky prodeji alkoholu na černém trhu. Alkoholismus v Rusku byl a je problémem v celé historii země jako všudypřítomný prvek společnosti. Nicméně je také hlavním zdrojem vládních příjmů.

Snahy bojovat proti alkoholismu prohibicí se v Rusku objevují do současnosti. Například moskevská radnice zakázala od 1. září 2010 prodej vodky a dalších lihovin mezi 22:00 a 10:00 (Wikipedia, 2014a).

4.3 Prohibice v severských zemích

Zajímavý model prohibice funguje ve skandinávských zemích mimo Dánska. I zde došlo k několika pokusům o úplný zákaz prodeje alkoholu, ty se však nesetkaly s vytouženým úspěchem podobně jako v jiných zemích světa. V rámci tohoto modelu jsou státem vlastněné obchody prodávající alkoholické nápoje. Omezená je i jejich otevírací doba. Na alkohol je navíc k tomu zavedena vysoká daň, což jeho konzumaci prodražuje. Regulován je zde i import alkoholických nápojů ze zahraničí. (Alkoholikum, 2012).

4.3.1 Prohibice v Norsku

Norsko je severská země známá svým nekompromisním přístupem ke konzumaci alkoholu, který lze koupit ve speciálních obchodech zvaných Vinmonopolet. Daň z prodeje alkoholu jsou tak vysoké, že řada Norů si alkohol vyrábí podomácku sama (Škodová, 2012).

Lihoviny v Norsku jsou obtížněji sehnatelné a relativně drahé. Možná právě proto se v Norsku s jistou pravidelností vyskytují případy podobné situaci v České republice. V roce 2002 na následky otravy zemřelo 18 osob. Lidé evidentně zapomínají rychle a zejména ti mladí. Nejspíše ve snaze ušetřit důvěřují lihovinám na černém trhu. Průzkumy nehovoří jednoznačně, ale plyne z nich například to, že něco přes 10 % obyvatel se řadí mezi abstinenty. Na druhou stranu spotřeba alkoholu za deset let stoupla přibližně o 30 %. Přesto Norové s odhadovanou konzumací 7,5 l čistého lihu ročně stále patří k těm evropským národům, kde se pije alkohol nejméně. Nástroje restriktivní politiky, která je zdůvodňována neblahými zdravotními a sociálními následky lihovin, jsou vysoké ceny alkoholu (vysoké daně) a celkově omezený přístup k alkoholu (Brenna, 2012).

V letech 2002-2004 bylo v Norsku zaznamenáno 51 hospitalizovaných pacientů, u kterých byla potvrzena otrava metanolem, devět z nich zemřelo. Kromě těchto devíti dalších osm pacientů zemřelo mimo nemocnici. Většina pacientů byla přijata až v pokročilém stádiu otravy na základě symptomů otravy (Hovda, et al., 2005).

4.3.2 Prohibice ve Švédsku, Finsku a Dánsku

Švédsko ovládá konzumaci alkoholu cílením jeho prodeje do specializovaných obchodů Systembolaget. Otevírací doba tohoto řetězce obchodů taktéž neumožňuje spontánní nákup alkoholu ve večerních hodinách. Po 30 letech přísných pravidel se ale Švédové rozhodli nedostupnost alkoholu o trochu zmírnit a rozšířili otevírací dobu obchodů Systembolaget i na sobotu.

Podobná pravidla platí i na Islandu, kde stát prodává alkohol v obchodech s názvem Vínbúð. Ve Finsku se takovým zařízením říká jednoduše Alko.

V Dánsku žádný podobný státem kontrolovaný prodej alkoholu neexistuje. Zde je alkohol k dostání v levných supermarketech na vyžádání u prodavače, kde je alkohol chráněn bezpečnostními opatřeními. Tímto způsobem v Norsku zabraňují krádežím. Dále tato strategie umožňuje kontrolu konzumace alkoholu mladistvými a všem ostatním nákup lihovin aspoň trochu komplikuje. I přes tato opatření zde dochází k rozmáhání pití alkoholu mezi mladistvými. Dobrovolnické organizace zvané Natteravnene neboli Noční havrani poskytují poradenství rodičům, kteří si s tímto problémem nevědí rady. Cílem organizace je prevence řady různých sociálně patologických jevů na veřejném prostranství. Patří sem i prevence předávkování drogami nebo alkoholem. Hlídky nočních havranů chodí noční Kodaní po třech a dohlíží na pořádek v ulicích. Tato organizace začala působit v Dánsku podle švédského a norského vzoru (Škodová, 2012).

5. Harm reduction strategie zaměřené na abúzus alkoholu

Jako **harm reduction** se označují koncepce, programy a činnosti směřující primárně k minimalizaci nepříznivých zdravotních, sociálních a ekonomických dopadů užívání legálních a nelegálních psychoaktivních látek, aniž by nutně docházelo k snižování jejich spotřeby. Harm reduction (dále také jako HR) je prospěšná pro uživatele drog, pro jejich rodiny a pro celou společnost. Těžiště HR jako způsobu nazírání na drogovou problematiku spočívá v ochraně veřejného zdraví a lidských práv. Soustředí se na příčiny rizik a negativních důsledků a doplňuje přístupy, jejichž cílem je eliminovat či minimalizovat celkovou míru spotřeby návykových látek. Přístup HR počítá s tím, že mnozí lidé, kteří drogy užívají, nejsou schopní nebo ochotní se drog ze dne na den vzdát. Uživatelům drog je zapotřebí poskytnout možnost snížit rizika vyplývající z pokračujícího užívání drog a eliminovat újmu, kterou by tito lidé přivodili sobě i druhým (International Harm Reduction Association, 2010).

Běláčková (2014) uvádí, že *„alkohol způsobuje větší společenské škody než jakákoli nelegální droga. Způsobuje jak akutní nehody, tak chronická poškození organismu. Jeho užívání je rozšířenější než užívání nelegálních drog. Účinky alkoholu způsobují agresivitu a impulsivní jednání, a tak se alkohol spolupodílí na velkém objemu trestné činnosti, a zejména potom násilných trestných činů. Řízení pod vlivem alkoholu je také významnou příčinou dopravních nehod. Při nich umírají zejména mladí lidé, což kromě nevyčíslitelné hodnoty lidského života také významně ovlivňuje produktivitu společnosti. Náklady na užívání alkoholu v ČR za rok 2007 byly odhadnuty na 16,4 mld. Kč“*.

5.1 Nový pohled na léčbu alkoholismu

Podle Radimeckého (2006) je *„tradiční pojetí závislosti na užívání alkoholu jako neléčitelné nemoci, jež jako jediné možné řešení situace uživatele alkoholu vnímá naprostou a doživotní abstinenci, v posledních letech stále více podrobováno odborné kritice. Ta s sebou přináší i diskusi o změně paradigmatu, podle nějž není uvažováno o závislosti, ale o problémovém pití (či užívání jiných návykových látek) jako o naučeném chování, jemuž se lze odnaučit a změnit nejen směrem k totální abstinenci, ale i ke kontrolovanému, umírněnému pití. V tomto kontextu získává na významu přístup harm reduction.“*

Do nedávné doby byla farmakologická léčba používána při léčbě závislosti na alkoholu orientována výhradně na podporu dosažení a udržení úplné abstinence. V současnosti se tento přístup začíná rozšiřovat. Vedle do této doby platných, abstinenci orientovaných

postupů je stále častěji aplikován koncept „snižování rizik“ a snižování konzumace. Jinými slovy jde o omezování rizikového užívání alkoholu s využitím farmakologické podpůrné léčby. Preventivní postupy, které jsou u škodlivého užívání alkoholu efektivně použitelné, jsou v České republice většinou podceňovány a zanedbávány. Pacienti se z těchto důvodů dostávají do lékařské péče často až tehdy, kdy se jedná o vážné zdravotní komplikace spojené s užíváním alkoholu, případně o rozvinutou závislost (Popov, 2012a).

Popov (2012a) dále popisuje, že *„naprostá většina léčebných programů v České republice i v zahraničí byla dosud orientována na dosažení a udržení úplné abstinence pacientů od alkoholu jako hlavního terapeutického cíle. To je ale pro řadu pacientů cíl obtížně představitelný, natož reálně dosažitelný. Někteří pacienti nejsou k plné abstinenci rozhodnutí, což je jeden z důvodů, proč specializované adiktologické pracoviště vůbec nenavštíví, resp. jejich léčba je oddalována nebo předčasně ukončována.“* Dosavadní terapeutické postupy jsou podle Popova (2012a) charakterizovány snahou o komplexní léčebný přístup, jehož součástí je vedle psychoterapie také podpůrná farmakoterapie, která byla do této doby orientována výhradně na udržení abstinence. Při léčbě prostřednictvím klasicky požívaných farmak však často dochází k ukončení léčby pacienta nikoli z důvodu neefektivní léčby (v případě léčby naltrexonem nebo acamprosatem) či rizika kombinace alkoholu a používaného léku (při léčbě disulfiramem), ale z disciplinárních důvodů pro nedodržení léčebného režimu vyžadujícího úplnou abstinenci. Popov (2012a) k tomuto dodává, že *„nezvládnutý craving, potíže s kontrolou konzumace alkoholu a pokračování v pití přitom patří mezi symptomy duševní poruchy - syndromu závislosti na alkoholu, pro kterou je pacient léčen. Nereflektování konkrétního stadia změny, ve kterém se pacient aktuálně nachází, vede ke zvětšení pacientova odporu, ztrátě důvěry v možnost léčby a posléze rovněž k terapeutickému nihilismu“.*

5.1.1 Nový koncept léčby

Nová a odlišná strategie při léčbě škodlivého užívání alkoholu a závislosti představuje léčebný přístup zaměřený na snižování konzumace alkoholu, připomínající strategii harm reduction při užívání nelegálních drog. Na rozdíl od ní se však nejedná pouze o zásadní změnu ve způsobu aplikace, ale především o změnu v množství užívané látky. Tato metoda tedy zahrnuje dva klíčové prvky:

1. *snížení/omezení celkové konzumace alkoholu* (Total Alcohol Consumption, TAC) a

2. *snížení/omezení rizikového způsobu pití*, resp. redukce „těžkých pijáckých dní“ (Heavy Drinking Days, HDD), kdy konzumace alkoholických nápojů v množství přepočteném na čistý etylalkohol překračuje u mužů dávky 60 mg/ den a v případě žen dávky 40 mg/ den.

Přístup snižování rizik související s užíváním alkoholu je lékaři většinou akceptován v případě, že se jedná o škodlivé užívání ohrožující zdravotní stav pacienta. Použití této strategie v případě pacientovi závislosti na alkoholu vyvolává nejednotné a rozporuplné názory odborníků. Popov (2012a) uvádí, že *„v případě léčby těchto pacientů s výraznou poruchou kontroly v užívání alkoholu je okamžitá, úplná, trvalá a důsledná abstinence většinou vyžadována. Kromě toho dosud aplikovaná farmakologická podpora s využitím acamprosatu či naltrexonu nebyla používána pro způsob léčby vedoucí k omezení/snížení konzumace alkoholu proto, že není považována za dostatečně účinnou, aby umožňovala jiný než plně abstinenci způsob léčby.“* V posledních letech tedy dochází ke změně názoru na vhodnost univerzálně platného, abstinenci orientovaného přístupu k léčbě závislosti na alkoholu.

5.2 Doporučení směřující k bezpečnějšímu užívání alkoholu

Alkohol je, mimo jiné, díky rizikovým vzorcům chování zařazován mezi nejškodlivější psychoaktivní látky. Díky kombinaci vysokého stupně potencionální škodlivosti a vysoké míry rozšíření jeho užívání je uplatňování pragmatického harm reduction a risk reduction (programy intervence minimalizující rizika a škody) přístupu u alkoholu nanejvýš žádoucí (Vacek & Vondráčková, 2012).

5.2.1 Snižování rizik jako cíl - HAMS

Harm reduction for alcohol (dále také HAMS) je podpůrná a informační skupina pro každého, kdo chce změnit svou konzumaci alkoholu k lepšímu. HAMS (2008a) předpokládá, že je jednodušší přimět uživatele k menším krokům změny, než k větším. Je pravděpodobné, že lidé budou ochotnější podstoupit ochranná opatření, než se úplně vzdát alkoholu. Z tohoto důvodu je dle HAMS (2008a) markantnějším přínosem pro společnost, když větší množství uživatelů učiní malé pozitivní změny, než když malé množství uživatelů učiní velké pozitivní změny. Doporučuje tedy tzv. „baby steps“ vedoucí ke zmírnění, či zamezení negativních následků užívání alkoholu.

Doporučení pro bezpečnější užívání alkoholu dle HAMS (2009):

- *zaříd'te si odvoz*: pít a řídit nestojí za to. Pokud nebudete řídit do baru, nebudete následně v pokušení řídit domů. Procházka, autobus, metro nebo taxi. Je to levnější a lepší, než jít do

vězení za zabití dopravním prostředkem pod vlivem alkoholu. Pokud je opravdu těžké odolávat řízení, můžete dát klíče od auta partnerovi, nebo kamarádovi, a informovat ho, aby Vám klíče za žádných okolností nevydával;

- *nechod'te sami*: pokud chcete jít na drink do baru, je bezpečnější pít s kamarádem, než pít sám;

- *nenechte cizí lidi, aby vám připravovali drinky*: znásilnění pod vlivem drog jsou realitou, obětí mohou být jak ženy, tak i muži. Nepřijímejte nápoje od neznámých lidí;

- *nejdříve se najezte*: když se najíte, zpomalí se vstřebávání alkoholu do krevního řečiště. Jídlo pomáhá v prevenci „oken“, neboli výpadkům paměti, a zmírňuje dopady ranní kocoviny;

- *naplánujte si pití*: naplánujte si pití alkoholu tak, aby vám nezasahovalo do důležitých aktivit a událostí ve Vašem rozvrhu. Snažte se vyhnout alkoholu, pokud druhý den jdete do školy, nebo do práce. Pokud toto shledáváte jako příliš omezující, pokuste se vyhnout alkoholu den před zkouškou či důležitou schůzkou;

- *noste u sebe kondomy*: až je budete potřebovat, nebude se vám chtít pro ně běžet a shánět je. Vždy u sebe mějte kondomy;

- *zpomalte*: mít „okno“ není zábavné a nepamatujete si, jak jste se bavili, když jste pili. Pokud už jste někdy „okno“ měli a chcete zabránit tomu mít další, můžete jednoduše snížit množství toho, co vypijete. Další možností je pít nápoje s nižším obsahem alkoholu, například místo whiskey si dát pivo. Můžete si drinky načasovat, nebo prokládat alkoholické drinky s nealkoholickými;

- *vyvarujte se „píjáckým“ hrám*: celá pointa „píjáckých“ her tkví v tom vás rychle opít. Pokud se rychle opijíte, hrozí výpadky paměti a další problémy, které v důsledku tohoto mohou nastat, včetně otravy alkoholem, kterou může rychlé a nadměrné pití způsobit;

- *pít, pokud jste znudění, naštvaní nebo smutní, je špatný nápad*: pít alkohol v příjemné společnosti, nebo na oslavách, může být fajn nápad k zlepšení nálady. Rituální pití jako pomoc a vyjádření truchlení nad ztrátou blízkého člověka může být také způsob. Nicméně lidé zjišťují, že pít alkohol pokaždé, když se cítí znudění nebo mají špatnou náladu, vede k nadměrné spotřebě alkoholu a následným rizikům. Pití alkoholu, když je člověk naštvaný, vede často k agresivitě nebo k vyjádřením, kterých může litovat;

- *nespoléhejte na kávu jako na prostředek vystřízlivění*: po kávě se možná budete cítit více nabuzení, ale to neznamená, že jste více střízlivý. Jste na tom stejně jako předtím, než jste kávu vypili. Nemyslete si, že Vám káva zajistí bezpečnější jízdu – nezajistí;
- *užívejte vitamíny*: pokud hodně užíváte alkohol, dochází k nedostatkům vitamínů, především vitamínu B1 (thiaminu). Nedostatek vitamínu B1 může vést k nenávratným poškozením mozku. Užívejte vitamíny, pokud jste se rozhodli dlouhodobě a nadměrně pít alkohol;
- *vypněte telefon/počítač*: pokud máte tendence se dostávat do problémů díky nevhodnému vypisování zpráv nebo emailů pod vlivem alkoholu, vypněte telefon nebo počítač dříve, než začnete pít. Další možností je zařízení zaheslovat a tím znesnadnit tuto aktivitu;
- *„položte tu motorovou pilu“*: tohle není ta pravá chvíle na to řezat dřevo, opravovat motor, nebo přeprogramovat počítač. Počkejte, až vystřízlivíte.

5.2.2 Kontrolované pití

Níže popsané strategie vytvořila HARMS (2008b) pro uživatele, kteří si přejí zůstat během pití alkoholu v bezpečných limitech, kontrolovat tak svůj stav a zabránit negativním důsledkům nadměrného pití alkoholu.

- 1) Najezte se před tím, než budete pít.
- 2) Buďte dostatečně hydratovaní.
- 3) Vytvořte si plán pití alkoholu.
- 4) Zaříd'te si odvoz.
- 5) Stanovte si v jaké „hladině“ chcete během pití alkoholu setrvat.
- 6) Vyberte si jeden typ alkoholického nápoje, který budete pít a jiné nepijte.
- 7) Ujistěte se, že drink, který pijete, má jen tolik % alkoholu, kolik předpokládáte.
- 8) Mějte přehled o tom, kolik jste toho vypili.
- 9) Střídejte alkoholické nápoje s nealkoholickými.
- 10) Nepijte předem „na rozechřátí“.
- 11) Mívejte abstinenci období či přestávky.
- 12) Získejte podporu přátel, rodiny či terapeuta.

5.2.3 Alkohol testery a individuální monitoring intoxikace alkoholem

Možnost, jak kontrolovat hladinu alkoholu v krvi, představují tzv. alkohol testery. Velkou výhodou zařízení je jeho mobilita a skladnost, takže jej uživatel může vždy nosit při sobě

a tak například posoudit vhodnost řízení vozidla, či upravit dle potřeby další konzumaci alkoholu.

Alkohol tester, neboli také dechový analyzátor je v podstatě měřicí přístroj, který má v dané chvíli informovat, zda určitá osoba požila, či nepožila alkohol a v jakém množství (procenta, promile). Velmi důležité je však dodržet postup při testu na alkohol – měří se 15-30 minut po posledním požití alkoholického nápoje dle typu alkohol testeru a je velmi důležité 30 minut před testem na alkohol nejíst a nekouřit. Test na alkohol zajišťuje citlivý polovodičový senzor - čidlo, jehož údaje jsou dále zpracovávány a vyhodnocovány mikroprocesorem a na výstupní straně displeje, na kterém je zřetelná konkrétní naměřená hodnota. Alkohol tester vyhodnotí koncentraci molekul etanolu v dechu a přepočítá ji na promile či procenta. Tato procedura může trvat další asi 3 vteřiny, poté se na displeji zobrazí číselný údaj. Některé alkohol testery mají také paměť pro několik posledních alkohol testů či možnost propojení s počítačem (Alkohol-alkoholismus, 2015).

Mezi specifické služby určené konzumentům alkoholu poskytované na individuální úrovni patří v prostředí zábavy také orientační dechové zkoušky na alkohol a související poradenství zacílené na prevenci řízení pod vlivem alkoholu. Podobně služba Promile INFO poskytuje řidičům informace o přibližném obsahu alkoholu v krvi po uplynutí určité doby od konzumace alkoholu (Saberžanovová & Vacek, 2011).

5.3 Intervence harm reduction na komunitní úrovni

Tyto intervence se zaměřují na sociální kontext, v němž je alkohol užíván. Nejčastěji mají podobu legislativních opatření formou zákonů, vyhlášek a dalších předpisů, jejichž společným jmenovatelem je snížení nežádoucích následků užívání alkoholu. Společenská rovina v sobě zahrnuje i komunitní dimenzi. Lokální prostředí, kde bývá alkohol konzumován a jeho bezprostřední okolí může být přímo i nepřímo zasaženo negativními důsledky konzumace. Komunitní aktéři (místní samospráva, policie, pomáhající profesionálové, provozovatelé pohostinství a personál, lokální autority, občané a konzumenti) by měli mít zájem na prevenci dalšího poškození alkoholem na lokální úrovni (Vavrinčíková, 2012).

Mezi používané **komunitní strategie** podle Vavrinčíkové (2012) analogicky patří:

- místní omezení prodeje či konzumace alkoholu;
- lokální kontrola dodržování zákonů a vyhlášek;

- podpora a zajištění bezpečnějšího prostředí pro konzumaci alkoholu;
- podpora bezpečného návratu domů.

Harm reduction intervence v podobě komunitních projektů se často zaměřují přímo na bary, kluby a obdobné podniky, jejich okolí a návštěvníky. Do realizace těchto projektů se zapojují jak zástupci místní samosprávy a policie, tak provozovatelé a zaměstnanci podniků. Příkladem chování nezodpovědných provozovatelů jsou tzv. „šťastné hodinky²“, které podporují rizikové nárazové pití (Vavrinčiková, 2012).

Treno (2015) uvádí Community Trials Intervention To Reduce High-Risk Drinking (RHRD) jako vícesložkový, komunitní program, vyvinutý k tomu, aby pomohl změnit vzorce užívání alkoholu lidí všech věkových kategorií a s tím související problémy. Program používá následující environmentální intervence:

- *přístup k alkoholu*: strategické rozmístění zón s dostupným alkoholem, obecní vyhlášky související s prodejem alkoholu z důvodu regulace, kontrola zamoření regionu těmito zónami;
- *riziko řízení pod vlivem alkoholu*: zvýšit povědomí o rizicích, včetně zatčení za řízení po požití alkoholu zvýšeným vymáháním práva a zkouškami intoxikace;
- *zodpovědný přístup ke konzumaci alkoholu*: prostřednictvím školení a testování, „zodpovědný přístup ke konzumaci alkoholu“ pomáhá nápojovým serverům a prodejcům m alkoholu ve vývoji politik a postupů, které mají omezit požívání omamných látek a řízení po požití;
- *přístup nezletilých k alkoholu*: snížit možnou dostupnost alkoholu pro mladistvé, vyškolení a informování maloobchodníků, aby se zabránilo prodeji nezletilým osobám, dále trestně stíhat ty, kteří alkohol mladistvým prodávají;
- *zapojení komunity*: poskytuje komunitě nástroj pro vytvoření koalice potřebné k implementaci a podpoře intervencí, jako jsou předchozí čtyři složky prevence.

² Limitovaný, časový úsek, během kterého je určitý druh alkoholického nápoje za sníženou cenu, či zdarma.

Komunitní intervence dle Vavrinčíkové (2012):

- *omezení marketingu a reklamy na alkohol*: existují různé formy marketingu a reklamy, kterými se výrobci alkoholu snaží zasáhnout potencionální konzumenty: mediální spoty, tištěné billboardy, spojování značek alkoholických výrobků se sportem či kulturou;
- *omezení prodeje alkoholu*: věková, časová a místní dostupnost alkoholu – dostupnost alkoholu v ČR je omezena místně a věkově Zákonem o opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákem, alkoholem a návykovými látkami a o opatřeních omezujících dostupnost tabákových výrobků a alkoholu (č.379/2005SB.), osobám mladším 18 let se alkoholické nápoje prodávat či podávat nesmí a tyto osoby je nesmí konzumovat v barech nebo v podobných zařízeních, nesmí si je ani kupovat v obchodech či všude jinde, alkohol lze prodávat pouze v místech tomu určených - zakázán je například prodej prostřednictvím automatů, kde nelze zaručit kontrolu dosažení plnoletosti nakupujícího;
- *situační omezení konzumace alkoholu*: je ve smyslu snižování škod možné realizovat širokou škálou intervencí a legislativních opatření – stanovení limitu hladiny alkoholu v krvi pro řidiče a jeho náhodné testování, omezení prodeje či konzumace alkoholu (např. na pracovištích), lokální kontrola dodržování zákonů a vyhlášek, výcvik personálu restaurací (nenalévat nezletilým, podnapilým, řidičům a nácvik první pomoci), podpora a zajištění bezpečného prostředí pro konzumaci alkoholu (bezpečnější interiér podniků - úrazy, čistota prostředí, nestísňené prostory, bezpečnější sklenice apod.), podpora bezpečného návratu domů a kampaně zodpovědných.

6. Popis metodologického rámce a metod

Kvalitativní výzkum této diplomové práce vychází z dat terénního výzkumu, který probíhal ve dnech 25. - 29. září 2012, v rámci **Studie mapování a analýzy situace spojené s částečnou a časově limitovanou prohibicí alkoholu v ČR reagující na výskyt metylalkoholu v legální a nelegální síti prodeje**, uskutečňované Klinikou adiktologie, 1. LF UK. Tato studie je zaměřena na koncový trh s alkoholem, kterého se nejvíce dotýkala částečná alkoholová prohibice probíhající 14. - 27. září 2012. Ze studie byl do této diplomové práce převzat výzkumný soubor a design. Autorka diplomové práce se této studii aktivně zúčastnila v roli terénního výzkumníka, dále vytvářela výzkumné otázky, osobně zpracovávala a vyhodnocovala data obsažená ve výzkumu diplomové práce. Výzkum byl proveden metodou rapid assessmentu, a to z důvodu nutnosti rychlé reaktivity na aktuální metanolovou aféru a prohibiční situaci, které vyžadovaly pohotovost a efektivní prozkoumání.

6.1 Cíle výzkumu

Hlavním cílem diplomové práce je zmapování harm reduction strategií zaměřených na snižování rizika otravy metanolem, aplikovaných ohroženou cílovou skupinou konzumentů alkoholických nápojů. Dalším cílem je nastínění rizikových vzorců chování a strategií u cílových skupin. V návaznosti na tyto cíle je důležité prozkoumat průběh dodržování těchto mimořádných opatření Ministerstva zdravotnictví, která jsou zacílena na koncový trh s alkoholem. Data získaná u cílové skupiny prodejců pomohou k ucelenému náhledu na situaci a doplní výzkum o informace týkající se možných úskalí v té době probíhající prohibice, o uplatňování/vytváření strategií ke snižování poptávky a o osobní zhodnocení přínosu prohibice respondenty.

6.2 Výzkumné otázky

Byly formulovány následující výzkumné otázky.

- 1) Jaké rizikové chování vykazovala cílová skupina konzumentů alkoholu ve vztahu k otravě metylalkoholem?**
- 2) Jak se změnil vzorec užívání alkoholu u respondentů v době částečné prohibice?**
- 3) Jaká preventivní opatření učinili respondenti v rámci harm reduction?**
- 4) Jak hodnotili prohibici respondenti z řad prodejců?**
- 5) Jaká úskalí přinesla prohibice a zavedení ochranných opatření pro prodejce ve vztahu ke konzumentům?**

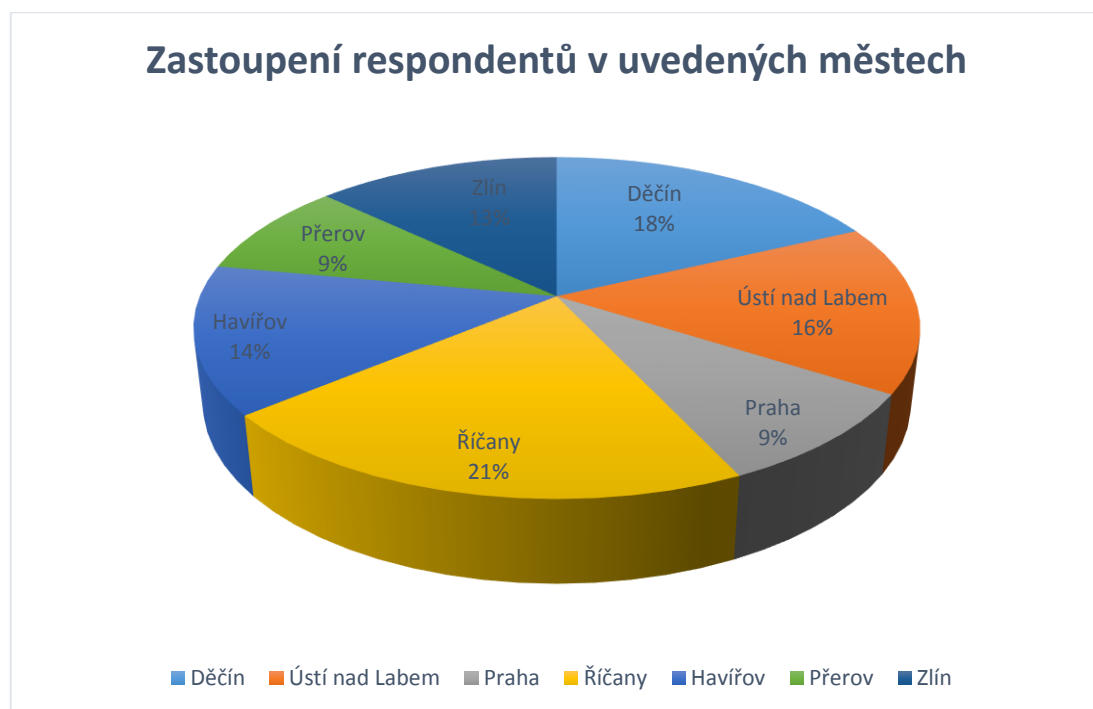
6.3 Popis výzkumného souboru

Terénního výzkumu se zúčastnilo 160 respondentů. Jednalo se o dvě cílové skupiny. V první skupině se jednalo o konzumenty alkoholu a současně klienty zařízení/prodejen prodávající alkoholické nápoje. Tuto skupinu zastupovalo 107 respondentů. Druhou skupinou se stali prodejci alkoholických nápojů. Výzkumu se ve skupině prodejců účastnilo 53 respondentů. V rámci popisu sociodemografických údajů o výzkumném souboru jsou uvedeny následující podkapitoly.

6.3.1 Regionální rozložení souboru

Příslušnost respondentů k městům je přiřazena dle místa konání sběru dat s daným účastníkem výzkumu prostřednictvím rozhovoru. 35 % respondentů se účastnilo výzkumu v severních Čechách (18 % z Děčína a 16 % z Ústí nad Labem), 30 % se účastnilo výzkumu ve středních Čechách (Praha 9 %, Říčany 21 %) a 36 % na Moravě (14 % z Havířova, 9 % z Přerově a 13 % ze Zlína).

Graf č.1: Složení výzkumného souboru z pohledu lokality

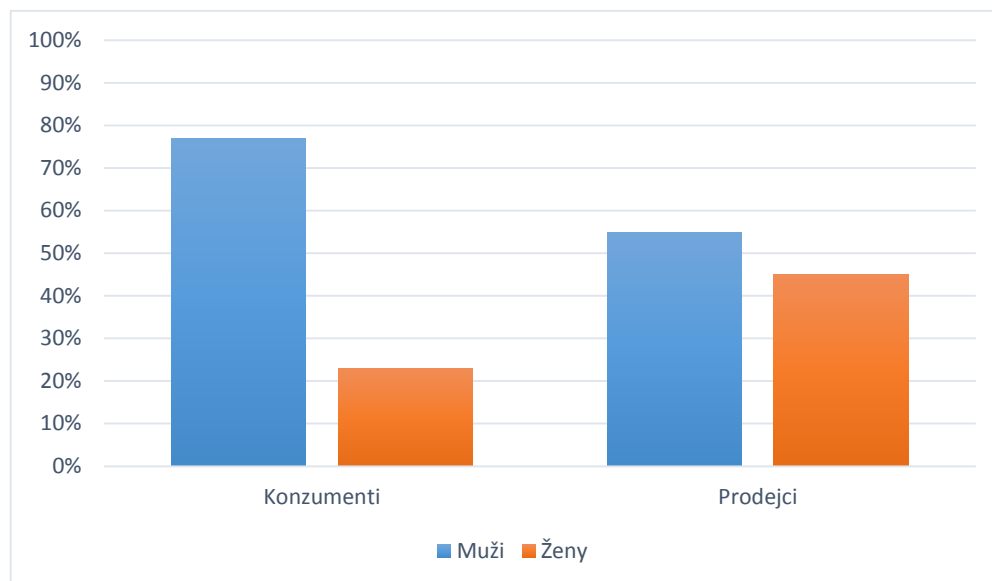


6.3.2 Věk a pohlaví

Největší zastoupení ve skupině konzumentů alkoholu měli lidé ve středním věku, průměrný věk v této skupině byl 38 let, minimální 16let a maximální 67let. Ve skupině konzumentů alkoholu bylo 82 mužů a 25 žen. Čili v procentuálním zastoupení 77 % mužů a 23% žen.

U prodejců alkoholu byl gender poměr ve studii vyrovnanější, výzkumu se účastnilo 29 mužů a 24 žen - tedy 55 % muži a 45 % ženy.

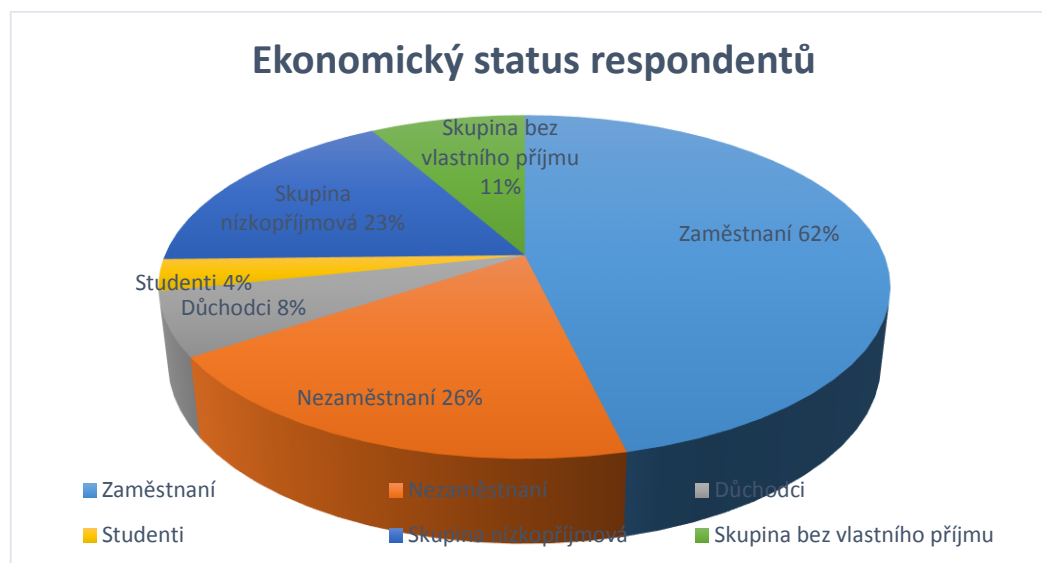
Graf č. 2: Složení výzkumných souborů podle pohlaví



6.3.3 Zaměstnání

Nejpočetnější zastoupení ve skupině konzumentů alkoholu měli zaměstnaní 62 %, 26% respondentů bylo nezaměstnaných, dále 8 % respondentů pobíralo důchod a ve 4 % se jednalo o studenty. Téměř čtvrtina respondentů (23 %) patřila do nízkopříjmové skupiny (měsíční příjem 8 tisíc Kč a méně), 11 % nemělo vlastní příjem.

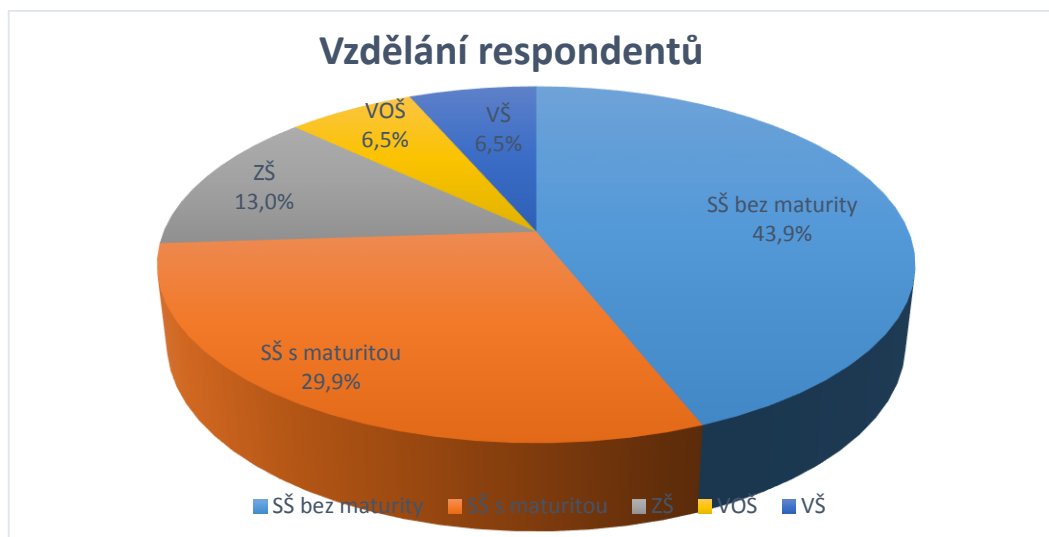
Graf č. 3: Složení výzkumného souboru podle ekonomického statusu



6.3.4 Vzdělání

Nejčastějším nejvyšším dosaženým vzděláním bylo u konzumentů alkoholu středoškolské vzdělání bez maturity (43,9%), druhé nejpočetnější zastoupení měli respondenti se středoškolským vzděláním s maturitou (29,9%), základního vzdělání dosáhlo 13% účastníků, 6,5% studovalo vyšší odbornou školu a 6,5% dosáhlo vysokoškolského vzdělání.

Graf č.4: Složení výzkumného souboru podle nejvyššího dosaženého vzdělání



6.4 Metody získávání dat

Pro účely výzkumu byly používány kvalitativní metody, a to z toho důvodu, že tyto metody poskytují hloubkový pohled do sociální reality. Dle Miovského (2006, p. 18) je kvalitativní výzkum „*přístupem využívajícím principů jedinečnosti a neopakovatelnosti, kontextuálnosti, procesuálnosti a dynamiky*“. Pro sběr dat byl, jako hlavní technika, zvolen **rozhovor**. Rozhovory probíhaly formou **polostrukurovaných interview**, obsahujících otevřené otázky, za účelem hlubšího prozkoumání problematiky. Při polostrukurovaném rozhovoru není respondent limitován na zjednodušující odpovědi a může volně vyprávět o daném tématu. Tímto způsobem je možno získat nová témata a cenné informace. Podle odpovědí respondentů byla tato témata rozvíjena do širších podrobností, podotázky byly flexibilně vytvářené podle směru jednotlivého rozhovoru, jelikož základním cílem byla obsahová hodnota získaných informací. Rozhovory probíhaly v přirozeném prostředí a situacích, tedy v prostředí distribučních míst. Opěrným bodem rozhovoru byl vytvořený **dotazník**, který svou osnovou tvořil kostru interview. Rozhovory byly zaznamenávány do dotazníkového archu, dále byly nahrány na audiozáznam. Další technikou doplňující sběr dat se stalo krátké

zúčastněné pozorování. Při této technice byla pozornost zaměřena především na situace spojené se zkoumanými jevy, dále na prostředí prodejen alkoholu a restauračních zařízení, na aspekty potvrzující či vyvracející získávané informace a také na nonverbální projev respondentů. Výsledky pozorování byly následně popsány na záznamový arch. Při pozorování bylo mapováno a vyhodnocováno přirozené prostředí. Dále pozorování sloužilo k efektivnějšímu výběru respondentů. Miovský (2006, p. 152) uvádí jako výhodu zúčastněného pozorování především to, že *„pozorovatel má bezprostřední zkušenost se situací a jevy, které pozoruje, má možnost zapojit se do interakcí mezi účastníky a lépe pochopit a popsat co, jak a proč dělají.“*

Respondenti byli vybíráni technikou **prostého záměrného výběru**, kdy byl aplikován výběr na základně následujících kritérií:

1. spotřebitelé/uživatelé – dle odhadu pravděpodobnostní příslušnost ke skupině ohrožené otravou metanolem (rizikovní uživatelé alkoholu, nízká sociální a ekonomická úroveň, sociálně vyloučené skupiny), dosažení věku 18 let;
2. prodejci alkoholu – pracovníci či provozovatelé restauračních zařízení, stánků a prodejen, ve kterých je možno zakoupit alkoholické nápoje.

Dle Miovského (2006, p. 136) *„prostý záměrný výběr představuje nejjednodušší variantu metody záměrného výběru. Spočívá v tom, že bez uplatnění dalších specifických metod či strategií vybíráme mezi potencionálními účastníky výzkumu toho, který je pro účast ve výzkumu vhodný a současně s ním také souhlasí.“*

Další, méně používanou metodou při výběru respondentů, se stala metoda **snowball**, která přirozeně vyplynula z daných situací. Příkladem může být oslovení respondenta, který následně zavedl výzkumníka ke stolu, kde seděly další osoby ochotné rozhovor absolvovat. Tato technika byla přínosem především z toho pohledu, že se respondenti v odpovědích doplňovali a dále rozvíjeli hloubku rozhovoru. Miovský (2006, p. 131) popisuje snowball jako *„metodu založenou na kombinaci účelového výběru a prostého náhodného výběru.“*

6.5 Metody zpracování a analýzy dat

Sbíraná data byla zaznamenávána formou **dotazníků**, v některých případech nahrávána na **audiozáznam**. Z těchto médií byla data **přepisem** zafixována a převedena do elektronické, textové podoby.

Analýza dat byla prováděna **kódováním**, při kterém byl použit software NVIVO, určený pro analýzu kvalitativních dat. Do tohoto softwaru byla data aplikována a následně kódována. Data byla dle tématu rozřazena do podkapitol, které se staly proměnnými a byly jim následně stanoveny názvy dle tematického obsahu. Dále byly analyzovány společné znaky těchto kategorií a souvislosti mezi nově získanými informacemi.

K analýze byla použita **metoda zachycení vzorců**, při které se data seskupila a rozřadila podle rozpoznání opakujících se situací, například u více respondentů zmiňované strategie získávání alkoholu nad 20% během částečné a časově limitované prohibice. Miovský (2006, p. 222) představuje metodu zachycení vzorců jako „*relativně jednoduchý analytický nástroj, jehož základní princip spočívá v tom, že v datech vyhledáváme určité opakující se vzorce a ty zaznamenáváme.*“

6.6 Etika

Respondentům byla, před souhlasem s uskutečněním rozhovoru, sdělena základní informace o tom, k jakému účelu budou získaná data použita a jakých témat se bude rozhovor týkat. Dále byli respondenti seznámeni s cílem výzkumu a s institucí jej realizující. Rozhovory byly prováděny na základě informovaného souhlasu za podmínky zachování anonymity. Respondenti byli také srozuměni s možností kdykoliv během interview rozhovor přerušit, od rozhovoru odstoupit či se k danému tématu nevyjadřovat. Respondenti souhlasili s účastí na výzkumu dobrovolně, bez požadavku finanční či jiné materiální odměny. V průběhu výzkumu byla dodržována ochrana soukromí respondentů a jejich údajů. Respondentům byla přiřazena kódovaná jména, z důvodu zachování anonymity a lepší přehlednosti výzkumných dat. Kódovaná jména byla vytvořena ze zkratk názvů měst, kde byla data sbírána, z čísla dle pořadí a iniciál jména terénního výzkumníka působícího v dané lokalitě. K informacím o respondentech měly přístup jen osoby účastníci se výzkumu a jeho vedení. Respondenti ani výzkumníci nebyli v průběhu sběru dat vystaveni ohrožujícím situacím. Během rozhovorů byly výzkumníky zachovávány etické a profesionální hranice.

7. Přehled výzkumných výsledků – spotřebitelé/konzumenti

Výsledky jsou pro lepší přehlednost rozřazené do následujících podkapitol. Tyto podkapitoly jsou rozdělené podle zjištěných faktů a zodpovídají položené výzkumné otázky. Získané informace jsou doloženy vybranými tvrzeními výzkumného souboru terénní studie.

7.1 Strategie získávání alkoholu nad 20% v průběhu prohibice

Tyto strategie potencionálně vedoucí k vysoce rizikovým, zdraví ohrožujícím situacím se staly důležitým tématem výzkumu. Respondenti využívali k získání alkoholických nápojů s obsahem etanolu nad 20% následující strategie.

7.1.1 Nákup alkoholických nápojů v zahraničí

Respondenti popisují získávání alkoholických nápojů s obsahem etanolu nad 20% ze zahraničí. V zahraničí alkohol získávali i přes známé.

JBZL02: „*No taky se hodně jezdilo na Slovensko nakupovat. Tam klasika, normálně z obchodů, ...hlavně tatranský čaj*³.“

JBRI14: „*Akorát jsme měli flašku vodky z Ukrajiny od známých.*“

7.1.2 Získávání alkoholu s obsahem etanolu nad 20% od prodejců

Respondenti měli i přes Mimořádná opatření (Ministerstvo zdravotnictví, 2012a) příležitost zakoupit od prodejců alkoholické nápoje s obsahem etanolu vyšším 20 %. Naznačují, že alkohol měli možnost pořídit přes své známosti, ale jsou opatrní a nepodávají bližší informace.

APLDE17: „*Pil jsem pořád. Vždycky se něco dalo sehnat. Víno, rum, cokoliv, vždycky něco bylo. Piju, co teče, neřeším, jestli je nebo není nějaký zákaz. Když člověk chce, vždycky se to dá koupit, ale kde, to říkat nebudu. Nechci nikomu dělat problémy. Ano, tady ve městě se normálně dal koupit tvrděj chlást, když byla prohibice. No, legálně asi těžko.*“

Někteří z respondentů popisují zkušenost s podpultovým naléváním zakázaných, alkoholických nápojů. Jednalo se spíše o „známostní výpomoc“, kdy prodejce tyto zákazníky znal již delší dobu z návštěv svého restauračního zařízení. Měl tedy jistotu, že nejde o kontrolu, nebo že jeho aktivitu zákazník neoznámí policii.

³ Speciální lihovina s příchutí čaje vyráběná na Slovensku, obsahuje 52% alkohol.

APLDE19: „*Nijak. Nebo možná jo, pil jsem trochu míň, nešlo to tak veřejně. No, občas mi nalili, co budu zapírat. Ale to je jedno.*“

APLDE20: „*Ano, pil jsem i tvrdej. No, někde mi prostě nalili.*“

APLUS14: „*Ono se to dalo někde sehnat, ne že ne. Nechci říkat, kde, ale dalo. No, pil jsem jenom ověřený pití, nic neznámýho. Piju to už dlouho a nikdy mi nic nebylo, takže dobrý.*“

JBPR02: „*Většinou je to tak: tady vám nalejt nemůžu, ale pojd'te dozadu. Hm, to dělají, no... ale jako v lokále určitě né, to bylo: „Pojd'te dozadu, já vám tam naleju.“ ...A taky záleží kdo: jestli tam někdo chodí dnes a denně a znají ho, tak je to jiný, než kdybys tam přišel ty a chtěl bys, tak by ti nedali.*“

Další respondent uvádí možnost zakoupení alkoholu u prodejce vietnamského původu, ovšem za vyšší cenu, než je klasická tržní cena daného nápoje. Jiný poukazuje na černý, tajný prodej alkoholu ze zásob obchodů.

APLUS18: „*Dá se koupit u Vietnamců, ale je to hodně drahý, na to nemám.*“

JBZL02: „*No tak všichni sháněli z domácích zdrojů. A pokud vím, tak u nás se to tajně tahalo z obchodů a tajně se to prodávalo. No, tak si to tak nějak víceméně řekli. Kluci, co dělali zednickou, co jezdí, tak říkali taky: Řekli hostinské, že by si dali panáky...A ona věděla, že tam dělaj, že to není žádná kontrola...A oni věřili třeba Liney⁴. Tak brali všechno z Liney, borovičku a tak...Důvěřovali té dané firmě...žádné Draky a tyhle nalévané hrůzy slité z kanystru, tak to ne, tomu se vyhýbal každý. Ale klasika: když hostinská otevřela láhev borovičky – a nesměla nalít – tak vždycky: Chlapi, potřebovala bych tady něco spravit vzádu, nefunguje topení - a všichni šli dozadu a tam už byly ty tácky nalitý a tak to fungovalo. No a hodně často se v té hospodě něco kazilo...vlastně pořád. Takže se to řešilo takto, no.*“

Někteří z respondentů dále užívali pančovaný alkohol i přes dobré povědomí o rizicích, kterým se tímto jednáním vystavují.

JBHA05: „*Když vím, že si koupím panč za kilo, tak si ho koupím, a vím, že mám svoje riziko. Piju ho já, je to mé zdraví. Stálo mě to jen kilo, musím brát následky. – A nejste vy nějaký agent?*“

⁴ Linea Nivnice - likérka nedaleko Uherského Brodu.

pBDH01: (zde v roli konzumenta) „Pil jsem vodku z kanystru, pak mi bylo 3 dny špatně, ale přepil jsem to půl litrem rumu. Neřešil jsem to, protože jsem žil. Dodavatel je spolehlivý, podíval jsem se navíc na internetu na etikety, takže jsem to neřešil.“

Z pozorování nonverbálního projevu při rozhovorech s několika prodejci a dle jejich komentáře se lze přiklonit k reálné existenci tohoto jevu.

Při rozhovoru s pJBZL06.

Výzkumník: „No a netrápili vás tedy: „Neblázní, vždyť se známe, nalij mi“?“

pJBZL06: (zjevně v rozpacích) „To je těžký...to je těžký...“

Poznámky výzkumníka: „Dle reakce předpokládám, že to bude asi onen víckrát zmiňovaný typ: Chlapi, mně se tu vzadu něco pokazilo, můžete mi jít pomoci?“

7.1.3 Využití vlastních zásob alkoholických nápojů

Respondenti vlastnili domácí zásoby alkoholu, které během částečné alkoholové prohibice upotřebili, nebo využili týchž zásob u svých přátel, rodiny či známých. Těmto domácím zásobám důvěřovali a necítily se jejich užíváním ohroženi. Alkohol byl v těchto případech užíván spíše v domácím či jiném, soukromém prostředí.

APLDE15: „Neměnilo se moc to, co piju, ale spíš kde. Takže místo v baru jsem si to dala u známých.“

APLUS01: „Ne, piju to stejný, akorát jsem nepil v baru, ale u kamaráda doma.“

BDPH12: „No tak v hospodě panáky teda nepiju, jinak doma mám zásoby nějaký, tak mi to nevadí.“

JBHA19: „No tak já jsem z vesnice, tam většinou lidi mají domácí slivovici.“

JBPR14: „Já jsem zaregistroval u hodně lidí, kteří to brali jako revoltu, že se doma nalívali domácima chlastama...Že zjistili, co doma všechno mají. Já taky jsem si vypil doma koňáček.“

JBPRi02: „Ted' co bylo, tak doma jsem si dával slivovici, z Moravy z palírny – to je přes kamaráda, několikrát do roka tam jedeme, to oni si nedovolej tam něco namíchat, to by musela oslepnout půlka vesnice, oni to pálej pro sebe.“

JBPRi03: „Kamarád má palírničku a má to jen pro svojí potřebu. Ten to nosí pak takhle na akce a na oslavy, vítanej host. Během prohibice měl o svou produkci zvýšenej zájem ze strany kamarádů, to je jasný. On dělá dobrý pití.“

JBZL08: „Pět denně, borovičku...žlutou...Taky tam napište, že notorika prohibice nezajímá, ten má doma zásob dost. Oni by si tu gořalku mohli sehnat asi jinak, víš jak, třeba tu slivovici si každě sežene.“

Někteří respondenti popisují vnášení vlastních zásob tvrdého alkoholu do restauračních zařízení. Tyto aktivity jsou popisovány jako skupinové popíjení přineseného alkoholu.

APLUS12: „No co, na pivo jsme chodili pořád, to my se tady vždycky tak sejdeme, na jedno, na dvě pivka, někdy k tomu dáme panáčka, to jo. Jako ty sladký věci pít nebudu, to ne, to si radši přinesu něco svýho. No, nosili jsme si, že jo, ono to bez toho ani moc nechutná. Jednou jsem to přinesl já, jednou Franta.“

APLUS06: „Moc ne. Nebo vlastně jo. Místo panáka vodky tady jsem si dal radši s kamarádama jejich domácí slivovici. To jsme si dali. To je ověřený, po tom nikomu z nich nic nebylo, to je bezpečný.“

Tyto skutečnosti dokládají i výpovědi prodejců.

pAPL-DE-03: „Problémy ani ne, spíš lidi dřív odcházeli, že se tady třeba načali a pak odcházeli s tím, že jdou „lejt“ domů. Nebo naopak – přišli takhle už z domova a tady se dodělali pivem. Většina part ale chodila domů s tím, že někdo má doma nějakou flašku. Nebo tady byli i tací, co si nosili svoji placatku. S tím už člověk nemůže nic moc dělat. A jinak si lidi dali třeba silnější pivo, dali si jich trochu víc a tak. Ale jinak o žádných problémech nevím.“

7.2 Opatření učiněná k ochraně vlastního zdraví a změny v užívání alkoholu

Tyto dvě výzkumné oblasti jsou velmi úzce provázány. Z tohoto důvodu byly spojeny do jedné kapitoly.

7.2.1 Pití z ověřených, otevřených láhví

Respondenti pokládali láhev alkoholu, ze které se někdo napil a neotrávil se, za ověřený zdroj alkoholického nápoje a ten následně konzumovali.

APLUS13: „No, bezpečnostní – říkám, nosili jsme si vlastní, co bylo doma. To už je ozkoušený, po tom nikdo neoslepnul ani neumřel, to je dobrý.“

APLDE20: „Nebál jsem se, vím, že mají otevřené flašky, ze kterých jsem pil i předtím, takže jsem se fakt nebál.“

BDPH15: „Tak já si dám štamprličku jednu dvě, teď ne, ani asi víc piva nevypiju. Doma mám flašku, ale ta už mi tam stojí dlouho, ta je dobrá, tak si dám jednoho panáčka za den.“

JBHA14: „To už bylo rozpité. Já žádné rozpité flašky nebudu vylívat. Já jsem za ně zaplatil DPH a nejlepší důkaz, že ta flaška je v pořádku, je to, že je už do půli vypitá. A žádná otrava, nikdo se nesložil.“

JBPRi02: „Teď co bylo, tak doma jsem si dával slivovicu, z Moravy z palírny – to je přes kamaráda, několikrát do roka tam jedeme, to oni si nedovolej tam něco namíchat, to by musela oslepnout půlka vesnice, oni to pálej pro sebe.“

7.2.2 Po prohibici přechod ke kvalitnějším značkám

Změna pití od neznačkového alkoholu ke značkovému, jakožto kvalitnějšímu a důvěryhodnějšímu zdroji, je další strategií respondentů. Značkový alkohol v respondentech po metanolové aféře vyvolává větší pocit důvěry.

JBPRi12: „Během jsem pila jen víno, vodku jsem pila předtím jen finskou. Radši jsem vodku nepila a teď si budu dávat tu dražší.“

JBPRi02: „Nepiju ten tvrděj někde u stánku. Já mám třeba od jara, od března, koupenou flašku kolkovanou, originál borovičky a to tahle aféra nebyla, a když bude příležitost, přijede zeťák, tak jí otevřeme a vypijeme.“

7.2.3 Vyhýbání se pití tvrdého alkoholu či snížení pití alkoholu

Někteří respondenti popisují preventivní zdržení se konzumace alkoholu s obsahem etanolu nad 20%. Další svou konzumaci tvrdého alkoholu omezili.

APLDE19: „Nijak. Nebo možná jo, pil jsem trochu míň, nešlo to tak veřejně.“

JBPRi05: „Omezila jsem pití alkoholu.“

JBRI02: „Nedal jsem si 10dní panáka.“

APLDE10: „Nic jsem místo toho nepil, ani ty sladký do 20%, prostě jsem si dal jenom pivo.“

APLDE21: „*Ne, nic jsem místo toho nepil, ničím jsem to nenahrazoval. Ty sladký ovocný pití nepiju. Tak jsem si prostě jenom nedal panáka.*“

APLUS10: „*Nijak, chodím furt na stejný místo, piju pivo, akorát jsem si nedával panáky. Jako u Vietnamců jsem si nic nekupoval, to ani před tím, tam prodávají, kdo ví co. Ani jinde, nevím, kde by se takový věci dali koupit. Ale asi tam, no. Já jsem si nic nekupoval. Prostě jsem tvrdej teď nepil.*“

JBPR05: „*Mě jo, mě to ovlivnilo. Když jsem byl v hospodě, pařili jsme pivo a někdo řekl: Dáme si rum? Tak já: Jo! Souhlasil jsem...když ještě nefrčelo tady to. Vždycky třeba po ránu: dáme rum? Jo! Tak bác, švihli jsme to do sebe...Ale teď, jak tohle začalo, tak nikdo nic.*“

Někteří respondenti patřící mezi pravidelné uživatele alkoholu (nejčastěji pančovaného) a do skupiny sociálně vyloučených popisují, že se během částečné prohibice pančovanému alkoholu vyhýbali. Dále se také vyhýbali alkoholu pocházejícího z jejich nálezů v odpadních koších. Tito respondenti byli dobře informováni i přes svůj „společenský status“.

JBPR04: „*No bál jsem se...Kdybych něco našel v kontejneru, nechal bych to tam...Jak jsem četl v Blesku, že si koupil chlap rum - a hned oslepl.*“

JBZL08: „*Každý z toho má strach. Napiš to. Jako mě to aj nabízeli, ale říkám: Jděte do pr....! To stejně byly takový věci, který mi nepijem. Ono to bylo v hanácké vodce...to jeden oslepnul... A bylo to i v Metaxy, v té whisky, bourbonu, že to zanesli vysokoškolákům a oni to zkontrolovali a našli ten metanol v té Metaxy.*“

7.2.4 Abstinence

Pro některé respondenty byla v ohledu pití alkoholu nejlepším preventivním řešením situace naprostá abstinence.

JBPRi06: „*Nepijeme alkohol a asi si teď budeme i dávat pozor, co si kde dáváme, nebo když kamarádi něco přinesou, tak to zkusíme nějak ohlídat.*“

JBPRi08: „*Že bych kvůli tomu musel nějak měnit skladbu, to se říct nedá. Prostě jsem nepil a uvidí se, jak to bude dál. Já na pití závislej nejsem, takže mi to omezení problémy nedělá. Jsou lidi, co jsou na tom hůř. Možná byste měla jet dělat rozhory s bezdomovcema do Prahy, ty teď musej bejt v háji.*“

JBPRi05: „*No já jsem se bála dost, takže jsem skoro nic nepila. Lidi jsou hloupí, oni to vědí a stejně chlastaj. Když támhle vidíte v televizi, že nějaká maminka od dětí slavila, normálně moc nepila, dala si skleničku a umřela, tak je vám fakt do breku. Z toho pak má člověk strach.*“

APLUS01: „*Prostě jsem si nedával v baru panáka. Nic slabšího jsem nepil, prostě jsem si nic nedal, nic jsem nekupoval a tak.*“

7.2.5 Kompenzační pití piva a vína

Když nebyla možnost pít alkohol s obsahem etanolu nad 20%, nebo se to zdálo respondentům nebezpečné, pili jako kompenzaci pivo či víno. Někteří popisují i zvýšenou spotřebu těchto nápojů za účelem vyrovnání účinkům tvrdého alkoholu při jejich tradiční konzumaci před prohibicí.

APLDE02: „*Když není tvrdej, tak piju jenom víno, nemám to za co vyměnit, nemám žádný zásoby, kde bych je vzal.*“

APLDE04: „*Místo panáka nic nebylo, dala jsem si třeba jenom frisco.*“

APLDE21: „*Tak nepil jsem panáky, protože nebyly. Mně nikdo nenalil. Takže jsem pil pivo a panáky ne.*“

APLUS16: „*Tak když nebyl tvrdej, tak piju víno, co mi zbývá. Je toho víc, nedělá mi to dobře na žaludek, ale tak co. Piju celej život, vono je to lepší než nic. Nejde nic koupit, já jsem zvyklej pít litr tvrdýho denně, takže nic moc, ale když to člověk zaleje vínem, tak to docela jde. Akorát jak říkám, nedělá mi to dobře na žaludek.*“

JBRI18: „*Nepiju v hospodě rum, dám si pivo navíc, ale zbytečně zavodňuju, chybí mi ve grogu.*“

JBZL20: „*Přešli jsme na vínko.*“

7.2.6 Nedůvěra ke stánkovému prodeji

Prohibice a metanolová aféra vyvolali v některých respondentech nedůvěru ke stánkovému prodeji alkoholických nápojů.

APLDE15: „*Možná teď budou lidi trochu opatrnější a nebudou si s takovým klidem kupovat nějaký „nou nejmy“ na tržnicích. Možná si budou dávat spíš značkový pití, nevím. Já určitě.*“

JBRI07: „Jo, přestali jsme chodit ke stánku, moc nevěříme tomu, co tam prodávaj. Tam by to asi mohlo bejt nebezpečný. Proč - no nevíte, co vám tam nalejou.“

7.2.7 Pití alkoholu pod 20% místo nad 20 %

Někteří respondenti přecházeli od pití alkoholu s obsahem etanolu nad 20% k pití alkoholu s obsahem etanolu pod 20%, tuto strategii ale mnoho z nich hodnotí spíše jako neuspokojivou. Dalším aspektem je zvýšení konzumace alkoholu s obsahem etanolu pod 20%, jakožto kompenzace, či její snížení, oproti konzumaci alkoholu nad 20% před prohibicí, z důvodu nechuti k tomuto druhu alkoholického nápoje.

APLDE12: „No, musel jsem pít to, co bylo, griotku a tak, ale teď už zase piju rum nebo vodku. A pít budu stejně. A lidi taky. Tak co. Místo tvrdýho jsem pil to, co je do 20%. A musel jsem si jich dát víc, no. Nakonec jsem vypadal stejně.“

APLUS09: „Zkusil jsem si místo panáka rumu dát tu novou zelenou, jak má pod 20%, ale je to jako když pijete vodu s alpou, tak na to kašlu.“

JBPRi05: „Piju alkohol pod 20% a to sladkej a míň rozhodně.“

JBPRi09: „Bohužel jo, místo whiskey a vodky, alkohol pod 20% Jelzin, piju víc vína.“

JBPRi10: „Kamarád měl včera flašku, tak jsme to vypili, než jsme šli do klubu, ale to jsme dělali i předtím. Měl ji z domova – Jelzin, alkohol pod 20%.“

8. Přehled výzkumných výsledků – prodejci

Prodejci alkoholu tvoří velmi významnou součást výzkumu, a to nejen z důvodu, že pro ně částečná prohibice měla ekonomické dopady, ale také proto, že právě prodejci tvořili pomyslný mantinel mezi otravou metanolem a spotřebiteli. Prodejci byli zodpovědní za dodržování vyhlášky, tím se velkou měrou podíleli na uskutečňování a vytváření opatření harm reduction, která měla za cíl chránit populaci před užitím metanolu a jeho následky.

8.1 Ochranná opatření uskutečňovaná prodejci

Prodejci v drtivé většině naprosto uposlechli nařízení vydané vládou. Tato opatření spočívala především v **zákazu prodeje nápojů s obsahem alkoholu vyšším 20%, stažení alkoholických nápojů z regálů**, vitrín a celkově z veřejnosti dostupných prostor zařízení a dále také **vyvěšení oznámení o omezení prodeje alkoholických nápojů a prohibici**. Učiněná opatření prodejců proto většinou spočívala v dodržení pokynů rozhodnutí Ministerstva zdravotnictví. Uskutečňování těchto opatření bylo kontrolováno orgánem Policie ČR.

pAPL-US-06: *„Tak hned se všechno stáhlo, že jo. Večer přijel šéf, že je prohibice, že nesmíme nalezovat, tak se to nejdřív schovalo tady do skříňky pod bar, pak ale policajti přišli s tím, že to tady vůbec nemůže být, že to nemůžeme mít k dispozici, aby se nenalezvalo, tak jsme to odnesli dozadu do kanceláře a bylo.“*

pJBRI01: *„Stáhli jsme všechno do skladů, vyvěsili upozornění, dali jsme to do nápojáků.“*

V rámci opatření byla **stahována reklama a propagační materiály zaměřené na nápoje s obsahem alkoholu 20% a výše**.

pJBHA-18: *„Automaticky první večer přišli policajti, zkontrolovali, všechno bylo v pořádku..jen si vymysleli, že veškeré reklamy co jsou s alkoholem, tak musí pryč...musely se schovat...Můj otec je navíc takový puntičkář, takže to tu je všude...Takže jsme to museli všechno přelepit Coca-Colou.“*

V průběhu realizace zavádění prohibičních opatření proběhli v některých místech snahy „ještě se rychle napít“ a byl na poslední chvíli prodáván alkohol ve zvýšené míře „do zásoby“.

pAPL-DE-08: *„Tak to bylo jako hustý. No tak jsme museli všechno sundat. Během toho se pár panáků prodalo, to je jasný, protože to sundávání taky nějakou dobu trvalo. Lidi se ptali,*

tak jsme jim řekli, že se nesmí prodávat, tak ještě proběhly nějaký poslední rundy, ale pak už ne. Policajti sem pak přišli během toho včera ještě několikrát. “

pJBRI07: „Tak když hrozilo, že bude prohibice, tak tu lidi mnohem víc nakupovali alkohol, asi do zásob, preventivně. Jinak tu bylo pár zákazníků, co o tom nevěděli a přišli sem něco koupit, byli nepříjemný, dožadovali se alkoholu, nedostali ho, museli jsme jim to vysvětlovat. “

Jako další opatření k ochraně zdraví spotřebitele bylo zmíněno **otestování lahví** s alkoholickými nápoji na přítomnost metylalkoholu, které v regionech prováděly příslušné orgány (například hygienické stanice, universitní a jiné chemické laboratoře, ústavy soudního lékařství).

pJBZL17: „Já si asi zajdu na ty testy. Jako 30 korun z flašky, to je pro mě jeden panák...to je nic. Takže já myslím, že když tam zajdou všichni, tak že je to nejrozumnější. “

V jistých situacích respondenti popisují nutnost zakročení v rámci zachování bezpečnosti na svém pracovišti. Jednalo se o vnesení alkoholu neznámého původu do podniku zákazníkem a jeho následnou distribuci dalším zákazníkům.

pJPBZL13: „Jo. tady přišel borec v jedenáct, oči jak baterky, v ruce flaštičku od Rajce. A říká: „Co to máte?“ A on: „Vodičku.“ „Jo? A to nevíte, že je neslušné nosit do hospody svoje pití?“ A za chvíli se otočím a už se tu kámošil a už tu pili...Tak jsem mu to sebrala a řekla mu, že mu to dám, až půjde pryč. “

8.2 Úskalí doprovázející zavedení prohibičních opatření

Respondenty na straně nabídky trhu mohla ochranná opatření přivádět do komplikovaných situací. Kapitola popisuje děje, které respondenti v této souvislosti uváděli ve vztahu ke svým zákazníkům a jejich vzájemné interakci.

8.2.1 Poptávka po alkoholu

Respondenti popisují, že se někteří zákazníci dožadovali prodeje nápojů s obsahem alkoholu nad 20% i přes to, že byli o částečné prohibici i jejích důvodech dostatečně obeznámeni. Jako varianta řešení situace jim byl nabídnut nápoj s obsahem alkoholu pod 20%, ale tato možnost se většinou nesetkávala s pozitivním ohlasem.

pAPL-DE-03: „Zkoušeli to docela dost často. No říkali jsme jim, že je prohibice a že jim můžeme nabídnout jenom jablíčko, švestku, griotku a vaječňák. Tak reagovali různě, třeba, že slepit jazyk fakt nepotřebujou a tak.“

U respondentů hrál při dodržování ochranných opatření velkou roli strach ze sankce za porušení nařízení vlády.

pAPL-DE-04: „Tak jo, to se lidi ptali, jestli bysme pro ně přece jen něco neměli, ale neměli, takže pak přestali, no. Já kvůli nim nedostanu pokutu. Jsem slyšela, že do nějakých barů chodili i policajti jako v civilu, na tajno a zkoušeli překecat personál, aby jim nalil, takže to fakt nebudu riskovat.“

pAPL-US-07: „Nic se prodávat ani nedalo, policajti to tady kontrolovali, první den spíš kroužili okolo a druhý den už chtěli dávat pokuty. To už jsem to měla odvezený. Ono těch stánků tady moc není, takže jsem hodně na očích. Nechtěla jsem dostat pokutu. Takže se neprodávalo a basta.“

Pokud měli zákazníci osobnější vztah s prodejcem, snažili se tohoto faktu využít ve svůj prospěch a k získání zakázaného alkoholu. Často také používali manipulativních technik k přesvědčování prodejců.

pAPL-US-03: „Tak ptali se, přemlouvali, hlavně ti, co sem chodí pravidelně, ale nejde to. Navíc, když už to tady pak nebylo, tak co. Nikdo nijak agresivní nebyl. Říkala jsem jim, že to nejde, měli jsme tady u baru tu vyhlášku. Nechci dostat pokutu, tady byla policie každou chvíli.“

pAPL-DE-01: „Tak jo, ptali se, hlavně takový ty známý firmy, teda aspoň ze začátku. No co bych jim říkala, nemáme, nesmí se to prodávat, tak co.“

pAPL-US-05: „No říkali, že všude jinde jim nalívají, já vím, že všude opravdu nalívali, ale my ne tady. Prostě si je vzali do kuchyně, tam jim nalili, ale my ne no. Konkrétně třeba tady vedle, tam mají zamčený dveře, kamery na vchodu, tam si nepustí jen tak někoho, a když, tak dopředu vidí, že jde nějaká kontrola, takže to pak zase stáhli. Takže mi sem lidi chodili ožralí a chtěli vodku, ale my jsme nenalévali.“

8.2.2 Negativní reakce na odmítnutí prodeje požadovaného alkoholu

Respondenti se při plnění opatření v rámci omezení prodeje alkoholu nesetkávali s fyzicky agresivním chováním zákazníků. Většinou popisují tyto situace jako normálně probíhající,

bez větších komplikací. Nicméně v některých případech se respondenti setkávali s verbálně negativními reakcemi, kterým museli čelit. Někteří zákazníci těchto zařízení mají na alkoholu vypěstovanou závislost, či je pro ně pití alkoholu zvyklostí a rutinní záležitostí. V případě omezení je pro ně změna nepříjemným zážitkem, s nímž se musí vyrovnávat.

pAPL-DE-01: *„Lidi byli naštvaní, některý, ale tak to se stává, nic neobvyklého.“*

pAPL-US-08: *„Měli jsme tady trochu potíže s bezdomovci, co se pohybují kolem prodejny, ti to nechtěli moc pochopit, tak v prvních dnech trochu křičeli na pokladní nebo jen tak do vzduchu, když si přišli koupit svůj alkohol, ale s tím jsme si poradili.“*

pJBZL17: *„No já jsem tu naštěstí ten první večer nebyla, ale někteří byli až hnusní: „Ježíši, vy s tím naděláte“ ...jako že si dost dobře neuvědomovali závažnost situace.“*

pJBRI05: *„Nadávali, ale je mi to jedno.“*

Respondenti popisovali, že během částečné prohibice byli v důsledku omezení prodeje nápojů s obsahem alkoholu nad 20% zákazníci klidnější. Pravděpodobně se na tomto jevu podílela snížená konzumace alkoholu nebo změny složení konzumovaného alkoholu, či omezení konzumace alkoholu obecně (které uváděli respondenti ve skupině konzumentů alkoholu). Nicméně v návaznosti na to bylo popsáno zvýšené agresivní jednání konzumentů alkoholu po uvolnění částečné prohibice. Prodejci uvádějí názor, že si zákazníci na pití alkoholu během prohibice odvykli.

JBZL-19: *„No spíš tu bylo víc konfliktů, lidi se chovali jinak...Za ty dva týdny si trochu odvykli a pak byli agresivnější. Myslím, že tady je to stejné, jako na všech diskotékách.“*

pJBRI03: *„Lidi díky tomu byli víc v pohodě, vybrali si něco jinýho, ale celkově byli klidnější a milejší, protože nebyli opilí, to mě překvapilo, čekala jsem spíš problémy. Taky ale dávali menší dýška.“*

8.3 Prohibice z pohledu prodejců

Mnoho respondentů s prohibičními opatřeními souhlasilo, ale zároveň vyjadřovalo pochybnosti o dlouhodobé změně vzorců užívání alkoholu ohroženou skupinou konzumentů alkoholu.

pAPL-DE-01: *„Bylo to potřeba, umřelo hodně lidí, a jestli to policajtům pomohlo, tak je to dobře. Myslím, že lidi budou pít furt stejně. Možná budou chvíli opatrnější, ale ty, co si sem choděj pro tvrdej, budou chodit i dál, to se nezmění.“*

pAPL-DE-02: „No, bylo by zajímavý, kdyby to trvalo dýl, co by na to Češi říkali... ale takhle to bylo dobře. Vždyť už těch mrtvých bylo dost. Bylo to potřeba zastavit. Bylo to dobře, že to vyhlásili. Ale lidi budou pít asi stejně. Možná si teď budou dělat větší zásoby, aby kdyby to zase zatáhli, aby měli co pít. Beztak si vypili to, co měli doma. Takže teď budou asi víc nakupovat do zásoby, nevím, jestli budou víc pít, to nevím, to asi stejně.“

pAPL-DE-06: „No, jak, byla, skončila a lidi pijou zase stejně. Tak snad to pomohlo aspoň v tom, že neumřelo tolik lidí, kolik by třeba mohlo, kdyby to nevyhlásili. Jako že by třeba lidi teď nakupovali nějak extra víc pití, to si nemyslím.“

8.3.1 Vykupování lahví

Mezi respondenty byla také navrhována různá alternativní řešení metanolové aféry. Zajímavý návrh se týkal vykupování lahví. Tento návrh se zakládá na tvrzení, že je pro lidi ekonomicky efektivnější a příznivější, když se jim za láhev, podezřelou z obsazení metanolu vyplatí finanční částka. Lidem by se vrátila investice a byli by více motivovaní ke spolupráci na preventivních opatřeních. Je předpokládána vyšší pravděpodobnost, že by se takto láhve nevracely zpět do oběhu ke konzumentům alkoholu.

JBPŘi03: „Já kdybych měl udělat nějaký opatření, jako ministr, tak bych ty láhve vykoupil. Těch 15tisíc litrů, co říkají, že je mezi lidma, tak bych udělal amnestii pro všechny – podívejte, koupili jste, nekoupili, je to jedno, přineste to na hygienu, nebo někam jinam, my to od vás za stovku vykoupíme. Tohle většinou kupujou chudý lidi, kterejm je to škoda vylejt, mají to doma schovaný a za měsíc je to tady znova, protože si to otevrou. Amnestičtí opatření, výkup, je to 15tisíc litrů, to by pro vládu znamenalo 1,5 miliónu, to by ten stát unesl a mohli by to zkontrolovat, zlikvidovat a byl by klid. Hospodský říkali, že to stojí stát 15 nebo 20 miliónů denně. Myslíte si snad, že to někdo bude vylejvat? Paradoxně i řeknou, že mají vylít i láhve, co jsou už načatý a co někdo pil a nic mu nebylo. Největší nebezpečí jsou ty láhve, který někde jsou a nikdo neví kde... ty je třeba sehnat, podle mě motivovat lidi tím vykopením. Myslím, že málo věnujou pozornost právě těm alkoholům, co byly dotčený, tuzemák a podobně.“

8.3.2 Zavedení nových kolků

Další poznámky byly směřovány na problematiku nových kolků, neboli „rodných listů“ lahví s alkoholickými nápoji, dokládající jejich původ a jejich povinné vedení u prodáváného alkoholu. Respondenti diskutovali také o míře informovanosti a o náležitostech tohoto

opatření. Někteří z respondentů potvrdili znalost v této oblasti, jiní by uvítali, aby stát poskytoval více informací, které by jim pomohli se v tomto tématu lépe zorientovat.

JBPŘi03: *„Taky mě štve špatná informovanost o těch láhvích, jak mají být označeny a jak to vůbec vypadá a tak podobně. Oni říknou, že loňskej ročník, ale na těch láhvích jsou tak nesrozumitelný kódy. To vůbec nikdo neuvedl, co tam na tom kódu co znamená. Měli informovat hospodský, aby se v tom orientovali, pak to bude na naší zodpovědnost. Nějakej manuálek jednu stránku v novinách. Nebo jak si máme obstarat rodnej list, to jako máme nějak volat nebo co? Já s internetem neumím, kde to tam budu hledat? Když nás v tomhle potopili, tak by taky nám měli s tím pomoci, ne jen vznést požadavky a porad'te si. V dnešní době, kdy je krize a každý má málo, nemůžou po hospodách chtít, aby vzali veškerý alkohol, co mají a vylili to, je to samozřejmě taky zaplacená daň, že já jsem tady vylil litr rumu, jestli mi vrátěj těch 30 korun? Já ten zbytek zatím dal do skladu a čekám, co s tím bude. Říkali, že se to snad bude dát nějak přezkoušet a na vlastní náklady.“*

Často byl uváděn názor, že bude opatření nově vytvořených kolků neefektivní. Mezi respondenty přetrvávalo mínění, že do okolkovaných láhví bude následně přeléván alkohol bez rodokmenu, který není na trhu povolen.

pJBRI01: *„Kolky jsou dobrý nápad. Je to nedomyšlený. Do prázdných láhví se může dolejt alkohol, co zakázali prodat a nikdo si toho nevšimne, dokud někdo neoslepne.“*

pJBRI02: *„Úplně na nic, když se bude chtít, tak si to člověk může nalít do láhve s kolkem, nesmysl to vylívat, rodný list zahraničního alkoholu jde sehnat těžce.“*

pJBZL-07: *„Ten základ je furt stejný, přelijú to. Že si lidi objednájí první várku flašek a pak to zase můžú přilívat z toho.“*

8.3.3 Kontrola pomocí laserového spektrometru

Další respondenti uvádí jako možné a efektivnější řešení celoplošné používání laserových spektrometrů. Díky speciální spektroskopii lze provádět měření tímto přístrojem bezkontaktním způsobem, tedy lze látky měřit ve skleněných obalech. Variantou měření metanolu by dle respondentky mohla být obdoba lakmusových papírků vyrobených na jeho detekci.

pJBZL16: *„A to jsem říkala už od začátku - spousta peněz jde do háje a kdyby se mělo opravdu něco udělat, třeba formou měřičů nebo papírků prostě, jo, investovat do toho nějaké prachy a ne do těch reklam politiků. Vždyť tady padaly životy...tak nad tím se nepřemýšlí.“*

Oni všechno udělají zase jednoduše: „Všechno si stáhněte - nás to nezajímá, že se vás to dotkne nebo nedotkne“. A jenom tlachají, když to řeknu upřímně. Místo toho tlachání, tak proč to nevymyslí. Když je (detekční) papírek na marihuanu, tak proč by nemohl být na metanol? Vemte si třeba, že máte možnost si zanést flašku na magistrát (na kontrolu). Jedna zdarma, další za deset korun. Ale jak dlouho to tam bude, to neříkají... jako oni vyhlásí tu možnost, už to bylo na Rádiu Zlín. Tak jak to kontrolují, čím to kontrolují?“

Terénní výzkumník parafrázuje častý názor respondentů: *„Nemusí jít o papírek, takové ty malé spektrometry, kterými lze ověřit obsah i přes sklo, jsou – opět by to bylo pro stát náročné, tak ať se prohnou obyčejné lidi, vždyť je to tak snadné.“*

8.3.4 Doprodání zásob alkoholu, které měly být zlikvidovány

Respondenti velmi často vyjadřovali nesouhlas s likvidací nakoupeného alkoholu. Tato likvidace pro ně znamená ekonomickou ztrátu a tento krok často hodnotí jako útok na jejich tržbu z prodeje. Popisují, že se alkohol, který má být zneškodněn, časem doprodá. Tento jev je v budoucnu potenciálně rizikový, především pokud by se v doprodávaném alkoholu měly vyskytovat nápoje bez rodného listu a ověřené značky.

pJBRI03: *„Alkohol máme uskladněný a pak to prodáme, máme v něm 40 tisíc.“*

JBZL-15: *„Jako kdo dokáže, že ti lidi si nevezmou ty otevřené flašky a neslíjí si to do těch nově otevřených...to mi přijde nedořešené...Že to je takové nekontrolovatelné.“*

pJBRI01: *„Do prázdných láhví se může dolejt alkohol, co zakázali prodat a nikdo si toho nevšimne, dokud někdo neoslepne. Pro nás je problém vylejt xy litrů alkoholu, je to pro některý podniky likvidační.“*

pJBZL14: *„Ale spousta hospod bude ulívat ten alkohol, co nalívali předtím...nikdo se toho jen tak nevzdá ...když v tom má prachy.“*

Respondenti soudí, že je nelogické likvidovat „ozkoušený“ alkohol, z jehož požití nepocházely žádné zdravotní komplikace.

pJBPRi06: *„Jako když si vezmu ty alkoholy, co jsou už načatý, všichni z nich pili, tak proč bych to měla vylejvat jako, zbytečný plejtvání.“*

pJBZL13: *„Jako nám tam furt leží ty starý flašky rozdělaný. Co s nima budete dělat? No to je blbost vylívat, když už jsou vyzkoušený.“*

9. Diskuse

V úvodu diskuse je třeba zmínit, že výběr výzkumného souboru byl primárně zacílen na osoby pravidelně užívající alkohol, s nižším ekonomickým příjmem a osoby sociálně vyloučené, čili na skupinu potencionálně ohroženou otravou metanolem. Z tohoto důvodu nemají výsledky výzkumu vypovídající hodnotu o obecné populaci.

Výzkum byl ztížen krátkým časovým horizontem, během kterého bylo nutno data nashromáždit, aby bylo téma v době konání rozhovorů stále aktuální a respondenti jej současně prožívali, či jej měli v čerstvé paměti. Tento krátký časový úsek, během něhož probíhal sběr dat, byl limitován zmírněním částečné prohibice po 14 dnech od jejího vyhlášení. V těchto podmínkách bylo třeba co nejefektivněji a nejrychleji reagovat na nastalou situaci. Toto nastavení bohužel neposkytovalo příliš prostoru pro důkladné a hloubkové obsáhnutí tématu při sběru dat. S poměrně krátkou dobou trvání částečné a časově limitované prohibice ve dnech 14. - 27. září 2012 souvisí i nepříliš markantní pocítění problémů z pohledu skupiny konzumentů. Je otázkou, jak by se problémy spojené s rizikovým chováním respondentů a vývojem černého trhu prohloubily v případě, že by tato prohibiční opatření měla dlouhotrvající charakter.

Je vhodné brát v potaz možné zkreslení získaných dat, kde je jistá pravděpodobnost zatajování informací v důsledku respektu či strachu z poskytnutí informací pro univerzitní instituci, jakožto výzkumného orgánu publikujícího vědecké studie. Občas byly tyto obavy respondenty vyjadřovány před souhlasem s poskytnutím rozhovoru, zejména na straně prodejců. Také je třeba brát zřetel na zkreslení informací z důvodu individuálního pohledu na realitu a její prezentování respondenty.

Dále se tato kapitola věnuje shrnutím výzkumných výsledků. Výsledky jsou níže popsány a rozřazeny v souvislosti s výzkumnými otázkami.

U respondentů z řad konzumentů alkoholu byla jako rizikové chování spojené s ohrožením otravou metanolem vysledována **snaha zakoupit, či jinak získat nápoje s obsahem alkoholu vyšším 20%**, na jehož prodej bylo vládou vydáno omezení ve formě zákazu jeho distribuce. Tímto docházelo k potencionálně vysoce rizikovým situacím, při kterých mohlo dojít k otravě metylalkoholem. **Alkohol** byl účastníky výzkumu **získáván skrze zahraniční zdroje**. Zde se jednalo o koupi alkoholu, či o dar od známých respondentů z dané oblasti. Je možno předpokládat, že jisté procento tohoto dováženého alkoholu bylo pančováno.

Coufalová (2013) ve své diplomové práci stanovila hypotézu o prodeji zakázaného alkoholu během prohibice v malých hospůdkách se stálou klientelou a hospůdkách situovaných na venkově. Výsledky tohoto výzkumu tento jev potvrzují, jen s tím rozdílem, že respondenti tohoto výzkumu poukazují spíše na roli aspektu bližšího vztahu prodejce se zákazníkem, tedy důvěry. Coufalová poukazuje na faktor ekonomické stránky problematiky, kdy vysvětluje toto chování prodejců z pohledu zisku z této činnosti. Dalším často zmiňovaným rizikovým chováním bylo tedy **kupování alkoholu od prodejce**. Pití „panáků“ probíhalo v soukromých prostorách restauračních zařízení za asistence prodejce. K této otázce se prodejci vyjadřovali spíše neochotně a zůstávali v rozpacích, jako by nevěděli, jak mají reagovat. Autorka diplomové práce dedukuje, že k tomuto jevu docházelo často, ale prodejci měli problémy s otevřeným přiznáním, a to z důvodu hrozby postihu tohoto konání. Byl také popsán prodej láhve alkoholu v obchodě za vyšší hodnotu, než byla původní tržní cena. Jiným zdrojem bylo **získání alkoholu od známých**.

Dalším rizikovým faktorem, který respondenti často popisovali, bylo **pití alkoholu z vlastních, původních zásob**. Zde je riziko spatřováno v pití neotestovaného alkoholu neznámého původu a to navíc v mnohých případech o samotě v domácím prostředí, kde by v případě otravy nebyl nikdo na blízku. Prodloužil by se tak čas transportu do nemocnice a prohloubilo by se riziko úmrtí na otravu. Ve výsledcích výzkumu bylo také vysledováno **pití pančovaného alkoholu i přes fakt, že byl respondent informován o krizové situaci**. Tyto skutečnosti byly potvrzeny informacemi od druhé výzkumné skupiny prodejců. V tomto ohledu lze předpokládat, že pro osoby, užívající alkohol pravidelně a mající na alkohol vypěstovanou závislost, je omezení jeho konzumace velice problematické, na rozdíl od lidí, užívajících alkohol příležitostně, pro které ochrana vlastního zdraví zůstává v prioritách na vyšší příčce, než je konzumace alkoholu.

Zakharov (2013) uvádí, že mezi hospitalizovanými pacienty na otravu metanolem za rok 2012 bylo 79,2 % mužů a 20,8% žen, zároveň tuto otravu přežilo více mužů, nežli žen. Respondent pBDH01 uvedl pociťovanou nevolnost po vodce z kanystru, které se napil. Tento stav ale vzápětí přemohl konzumací rumu. Lze se domnívat, s přihlédnutím k obecně vyšší spotřebě alkoholu u mužů oproti spotřebě alkoholu u žen, že docházelo u mužů k **přepití metanolové otravy alkoholem**. S tímto může mít ovšem také souvislost fakt, že muži vykazují vyšší tělesnou odolnost vůči alkoholu (lepší metabolické zpracování alkoholu).

Respondenti skupiny konzumentů používali změnu ve vzorci užívání alkoholu často jako formu ochranného opatření, kterým se chránili před otravou metanolem (z tohoto důvodu je tato výzkumná otázka velmi úzce propojena s otázkou učiněných harm reduction opatření, v následujícím textu se tedy tyto vzorce nebudou dále opakovaně prezentovat). Změna vzorce užívání byla ovšem často důsledkem vnějšího tlaku, kdy respondentům nezbývalo nic jiného, než se přizpůsobit dané situaci. Mezi změny užívání uvedli respondenti **vyhýbání se užívání tvrdého alkoholu, snížení užívání tvrdého alkoholu, abstinenci, dále kompenzační pití piva a vína, přechod k pití nápojů s obsahem alkoholu pod 20% a přechod k dražšímu, značkovému alkoholu po skončení prohibice**. Mezi změnami užívání alkoholu byla také popisována zvýšená míra konzumace dostupných alkoholických nápojů za účelem „srovnání hladinky“, které byli respondenti zvyklí dosahovat před prohibicí pitím nápojů s obsahem alkoholu nad 20%.

Coufalová (2013, p. 54) uvádí, že *„u konzumentů alkoholu došlo k poklesu důvěry v lihoviny, dále si místo tvrdého alkoholu dávali zákazníci alkohol jako je pivo, víno či Frisco apod. míchané nápoje, které jim nahrazovaly tvrdý alkohol“*. Výzkumné výsledky tento jev potvrzují.

Konzumenti alkoholu volili jako preventivní a ochranná opatření nejčastěji změnu vzorce užívání alkoholu (viz. výše). Další opatření, která respondenti aplikovali, pokud se rozhodli užít alkohol nad 20%, byla **pití z otevřené/ověřené láhve**, kdy spoléhali na původní degustaci, která se obešla bez zdravotních následků a **vyhýbání se neověřeným zdrojům prodeje alkoholu**, například stánkovému prodeji.

U prodejců alkoholu se tato opatření týkala především **nařízených ochranných opatření vládou**, tedy **zákazu prodeje nápojů s obsahem alkoholu vyšším 20%, stažení alkoholických nápojů z regálů** a z veřejnosti dostupných prostor zařízení, dále **vyvěšení oznámení o omezení prodeje alkoholických nápojů a prohibici**, také byla **stahována reklama a propagační materiály** zaměřené na nápoje s obsahem alkoholu 20% a výše. Dalším zmíněným ochranným opatřením prodejců bylo **otestování lahví** s alkoholickými nápoji na přítomnost metylalkoholu.

Prodejci v některých případech hodnotili prohibici souhlasně v tom smyslu, že bylo nutné učinit nějaká opatření. Zároveň vyjadřovali **pochybnosti o dlouhodobé změně vzorců užívání** alkoholu ohroženou skupinou konzumentů alkoholu. Tento fakt potvrzuje výsledek výzkumu Coufalové (2013, p. 49), která uvádí: *„Ani konzumační zvyklost tedy nebyla nijak*

ovlivněna a pije se jako před prohibicí. Výjimkou bylo pár odpovědí, které naznačovaly, že někteří zákazníci chtěli vidět papír o certifikaci alkoholu a další malé množství odpovědí, které naznačovaly opatrnost zákazníků v pití tvrdého alkoholu, která přetrvávala ještě několik týdnů po odeznění prohibice. Bylo to však většinou u zákazníků, kteří zařízení nenavštěvují pravidelně. Opět se tedy začalo obnovovat pití tvrdého alkoholu.“

Prodejci také navrhovali další možná řešení metanolové aféry. Zajímavý byl návrh **výkupu lahví** podezřelých z obsahování metanolu. Pro občany je údajně ekonomicky efektivnější a příznivější, když se jim za láhev podezřelou z obsahování metanolu, vyplatí finanční částka. Lidem by se vrátila investice a byli by více namotivováni ke spolupráci. Předpokladem je větší návratnost lahví s metanolem, než tomu bylo do současnosti. Mezi konzumenty se stále nachází tisíce litrů nebezpečného alkoholu. Další respondenti uvádí jako možné a efektivnější řešení celoplošné **používání laserových spektrometrů** Variantou měření metanolu by dle respondentky mohla být obdoba **lakmusových papírků** vyrobených na jeho detekci. Jako diskutované téma prohibičních opatření byly zmiňovány **kolky**. Respondenti jsou toho názoru, že opatření nově vytvořených kolků bude neefektivní. **Do okolkovaných lahví může být podle respondentů následně přeléván alkohol bez rodokmenu**, který není na trhu povolen. Docházelo by tak k dalším, zdraví ohrožujícím situacím. S tímto tématem souvisí **doprodání zásob alkoholu, které měly být zlikvidovány**. Respondenti nesouhlasí s likvidací jimi nakoupeného alkoholu, hodnotí to jako velkou finanční ztrátu. Popisují, že se alkohol, který má být zneškodněn, časem doprodá.

Úskalí ve vztahu k zákazníkovi při zavedení prohibičních opatření vidí respondenti v **členění negativním reakcím zákazníků** na zákaz prodeje nápojů s obsahem alkoholu nad 20%. Zákazníci se negativně vyjadřovali na konto zavedených opatření, což respondenty stavělo do komplikované situace. **Dále se zákazníci dožadovali prodeje alkoholu i přes informovanost o prohibici a rizicích užití zakázaného alkoholu**. Nejvíce vyvíjeli nátlak pravidelní hosté.

Vavrinčíková (2012) popisuje důležitost komunitních aktérů v systému ochrany veřejného zdraví. Mezi tyto aktéry zařazuje, mimo jiné, i prodejce a provozovatele restauračních zařízení. Existuje mnoho návodů, jak zmírnit následky požití většího množství alkoholu, které kolují společností v podobě „lidových moudr“. Tato moudra se v komunitě předávají z jedince na jedince a zvyšují tak povědomí populace o dané problematice. Autorka diplomové práce v této návaznosti navrhuje provedení výzkumu, který by mapoval snižování

dopadů užívání alkoholu uživateli v české subkultuře a průzkumu o informovanosti v oblasti možností snižování těchto rizik. Je otázkou, jak moc je společnost, především ohrožené skupiny obyvatelstva, informována o možnostech léčby, projevech závislosti a o možnostech snižování rizik spojených s užíváním alkoholu. Ohrožené skupiny metanolovou otravou, čili závislí a skupiny sociálně vyloučené, bývají o této problematice nejméně informované. Systém komunitního předávání informací by mohl být dobrým prostředkem vzdělávání této cílové skupiny a podpořil by tak účinnost preventivních a ochranných opatření.

10. Závěr

V teoretické části se práce zabývá úvodem do problematiky daného tématu. Jsou zde nastíněny okolnosti metanolové kauzy, která se udála na podzim roku 2012. Dále teoretická část seznamuje s alkoholem, závislostí na alkoholu, metanolem, otravou metanolem a její léčbou. Pozornost je také směřována na přehled alkoholových prohibicí ve světě a harm reduction strategie zaměřené na abúzus alkoholu.

Závěry a výsledky praktické části jsou takové, že respondenti z řad konzumentů vykazovali během prohibice rizikové chování, které mohlo vést k nebezpečným situacím, především k otravě metanolem. Toto rizikové chování se projevovalo snahou opatřit si, zakoupit či jinak získat zakázané nápoje s obsahem alkoholu nad 20%. Tyto alkoholické nápoje byly následně respondenty konzumovány, často o samotě v domácím prostředí. K tomuto jevu docházelo pomocí nákupu alkoholu od prodejce, dovážením alkoholu ze zahraničí, získáním alkoholu od známých, či pitím vlastních zásob respondentů. Prodejci potvrzují vyžadování prodeje alkoholu svými zákazníky během částečné a časově limitované prohibice, kdy byli zákazníci přemlouváni k prodeji. Prodejci také popisují negativní, nesouhlasné reakce zákazníků na zavedení prohibičních opatření. Mezi respondenty docházelo dále také ke konzumaci pančovaného alkoholu i přes fakt, že byli o celé situaci a nebezpečích dostatečně informováni.

Z výsledků výzkumu dále vyplývá, že konzumenti, jako ochranné opatření před otravou metanolem, volili nejčastěji změnu vzorce užívání alkoholu. Tato změna byla ovšem také pro některé jedince nutnou adaptací na prohibiční opatření. Zde byly respondenty popsány následující varianty: abstinence, kompenzační pití piva a vína, přechod k pití nápojů s obsahem alkoholu pod 20%, dále vyhýbání se užívání tvrdého alkoholu, také snížení užívání tvrdého alkoholu a přechod k dražšímu značkovému alkoholu po uvolnění prohibice. Mezi změnami užívání alkoholu byla popisována vyšší míra konzumace dostupných alkoholických nápojů za účelem „srovnání hladinky“, které byli respondenti zvyklí dosahovat před prohibicí pitím nápojů s obsahem alkoholu nad 20%. Za ochranu svého zdraví považovali respondenti také pití z lahví, že kterých už byl alkohol v minulosti konzumován. Předpokládali, že je tento alkohol nezávadný a ozkoušený. Další zmiňované opatření bylo vyhýbání se nákupu lihovin v místech prodeje alkoholu neznámého původu. Prodejci v rámci ochrany zdraví a snižování poptávky zaváděli opatření nařízená vládou, čili neprodávání nápojů s obsahem alkoholu vyšším 20%, stažení alkoholických nápojů z regálů, vyvěšení oznámení o omezení prodeje alkoholických nápojů a o prohibici, dále byla

stahována reklama a propagační materiály zaměřené na nápoje s obsahem alkoholu vyšším 20%. Dalším zmíněným ochranným opatřením prodejců bylo otestování láhví s alkoholem určených k pozdějšímu prodeji.

Prodejci navrhovali jako efektivnější řešení prohibice celoplošné testování lahví alkoholu laserovým spektrometrem či obdobou lakmusových papírků, které by detekovaly přítomnost metanolu v lihovině. Dále vykupování láhví státem, v rámci efektivnější a rychlejší návratnosti lahví obsahující metanol z oběhu v populaci.

Metanолоvá kauza v roce 2012, její dopady, rizika a související faktory jsou rozsáhlým a komplikovaným tématem, které zasahuje dále do současnosti. S ohledem na limity není v možnostech diplomové práce toto téma obsáhnout a popsat do takové hloubky, kterou daná problematika vyžaduje. Je nutné apelovat na další výzkumy v této oblasti, jelikož čím více jsme informováni, tím lépe dokážeme s fenoménem pracovat a předcházet mu. Každé nové poznatky o problematice metanолоvé kauzy a souvisejících rizicích jsou cenné, jelikož přispívají k efektivnější prevenci a k úspěšnějšímu řešení situace, která se v budoucnu může opakovat.

Seznam použité literatury

Atkinson, R. L. et al. (2003) Psychologie. Praha: Portál.

Barceloux, D.G. et al.(2002). Methanol Guidelines. AACT/EAPCCT American Academy of Clinical Toxicology Practice Guidelines on the Treatment of Methanol Poisoning. Journal of Toxicology - Clinical Toxicology. 40 (4), 415 - 446.

Coufalová, V. (2013). Vliv částečné prohibice na provoz restauračních zařízení z pohledu zaměstnanců: kvalitativní šetření (master's thesis). Karlova univerzita, Praha.

Hovda, K. E., Hunderi, O. H., TAFJORD, A. B., Dunlop, O., Rudberg, N., & Jacobsen, D. (2005). Methanol outbreak in Norway 2002–2004: epidemiology, clinical features and prognostic signs. Journal of internal medicine, 258(2), 181-190.

Janík, A., & Dušek, K. (1990). Drogy a společnost. Avicenum.

Lachenmeier, D. W., Rehm, J., & Gmel, G. (2007). Surrogate alcohol: what do we know and where do we go?. Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 31(10), 1613-1624.

Mezinárodní klasifikace nemocí (1992). 10. revize (MKN-10), Duševní poruchy a poruchy chování. Popisy klinických příznaků a diagnostická vodítka. Praha: Psychiatrické centrum Praha.

Minařík, J. (2008). Přehled psychotropních látek a jejich účinků - Alkohol. In Kalina, K. et al. Základy klinické adiktologie. Praha: Grada Publishing, 341-344.

Miovský, M. (2006). Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu. Grada Publishing, a.s.

Nešpor, K. (2011). Návykové chování a závislost: Současné poznatky a perspektivy léčby. Portál, s.r.o.

Popov, P. (2003). Alkohol. In Kalina, K. et al. Drogy a drogové závislosti 1: Mezioborový přístup Úřad vlády České republiky. 151-158.

Popov, P. (2012b). Metanolová kauza v ČR: Tragická souhra náhod, nebo „špička ledovce“? 12 (4), Adiktologie. 276-277.

Skilnik, B. (2006), History of Brewing in Chicago. Baracade Books.

Sklenářová, V. & Hermanová, I. (2013). Intoxikace veřejnosti metanolem 2012-2013. Lecture conducted from FN u sv. Anny v Brně, Brno.

Saberžanovová, P. Ch., & Vacek, J. (2011). Adiktologické služby v prostředí zábavy: Preventivní a harm reduction programy pro rekreační uživatele drog. Zaostrěno na drogy, 9(2).

Vacek, J., Vondráčková, P. (2012). Přístup harm reduction k užívání alkoholu. Adiktologie, (12)2, 138.

Vavrinčíková, L. (2012). Harm reduction a alkohol. Klinika adiktologie. Praha: TOGGA.

World health organization (2007). Methanol health and safety guide. Geneva. WHO Press, World Health Organization.

World Health Organization (2011). Global status report on alcohol and health 2011. Geneva: WHO Press, World Health Organization.

Zakharov, S., Pelclová, D. & Navrátil, T. (2013). Hromadná otrava metanolem v České republice v roce 2012: srovnání s „metanolovými epidemiemi“ v jiných zemích. 16 (2), Urgentní medicína, 25-29.

Zakharov, S., Pelcova, D., Urban, P., Navratil, T. & Diblik, P. (2014). Czech mass methanol outbreak 2012: Epidemiology, challenges and clinical features. Clinical Toxicology, 52. USA: Uniforma healthcare. 1014 – 1019.

INTERNETOVÉ ZDROJE

Aktualne.cz (2012). Prohibice v České republice. Retrieved April 20, 2015. From: <http://www.aktualne.cz/wiki/domaci/prohibice-v-ceske-republice/r~i:wiki:3438/>

Alkohol-alkoholismus (2015). Kapesní Alkohol tester IC818. Retrieved April 15, 2015. From: <http://www.alkohol-alkoholismus.info/lecba/zachytka/protialkoholni-zachytne-stanice-zachytka-abecedne/336-alkohol-testery/jett/2241-kapesni-alkohol-tester-ic818.html>

Alkoholikum (2012). Prohibice v historii i dnes. Retrieved April 16, 2015. From: <https://www.alkoholium.cz/prohibice-v-historii-i-dnes/>

American Medical Association (2015). Alcoholism. Retrieved April 13, 2015. From: <http://medical-dictionary.thefreedictionary.com/alcoholism>

Anonymní alkoholici (2014). What is an alcoholic? What is alcoholism. Retrieved April 13, 2015. From: <http://www.medicalnewstoday.com/articles/157163.php>

Běláčková, V. (2014). Alkohol jako jeden z nejvýznamnějších rizikových faktorů pro předčasné úmrtí. Retrieved April 16, 2015. From: <http://www.adiktologie.cz/cz/articles/detail/71/4895/Alkohol-jako-jeden-z-nejvyznamnejsich-rizikovykh-faktoru-pro-predcasne-umrti>

- Burke, D. (2012). Alcoholism. Retrieved April 14, 2015. From: <http://www.healthline.com/health/alcoholism/basics#Overview1>
- ČTK (2012), Konec prohibice. Většina tvrdého alkoholu je znovu k dostání. Retrieved April 12, 2015. From: http://www.lidovky.cz/konec-prohibice-heger-oficialne-zmirnil-opatreni-fbt-/zpravy-domov.aspx?c=A120927_125425_ln_domov_hm
- Drehle, D. (2010). The Demon Drink. Retrieved April 16, 2015. From: <http://content.time.com/time/magazine/article/0,9171,1989146,00.html>
- Drogy info (2006). Senzitizace/desenzitizace, Naltrexon. Retrieved April 15, 2015. From: <http://www.drogy-info.cz/index.php/content/search?SearchText=naltrexon&x=30&y=0>
- International Harm Reduction Association (2010). What is harm reduction?:A position statement from Harm Reduction International. Retrieved April 15, 2015. From: <http://www.ihra.net/what-is-harm-reduction>
- Lerner, M. (2011). Unintended consequences. Retrieved April 16, 2015. From: <http://www.pbs.org/kenburns/prohibition/unintended-consequences/>
- Ministerstvo zdravotnictví (2015), Aféra metanol - souhrnná informace. Retrieved April 12, 2015. From: http://www.mzcr.cz/dokumenty/ministerstvo-zdravotnictvi-reaguje-na-aktualni-vyvoj-v-kauze-metanol-v-predvanoc_7055_2501_1.html
- Ministerstvo zdravotnictví (2012a), Mimořádné opatření ze dne 14.4.2012. Retrieved April 12, 2015. From: http://www.mzcr.cz/dokumenty/ministerstvo-zdravotnictvi-vyhlasilo-nove-mimoradne-opatreni-v-souvislosti-s-ros_6765_1.html
- Ministerstvo zdravotnictví (2012b), Ministr zdravotnictví Leoš Heger omezil prohibici. Retrieved April 12, 2015. From: <http://www.top09.cz/co-delame/tiskove-zpravy/ministr-zdravotnictvi-leos-heger-omezil-prohibici-11092.html>
- Nordqvist, Ch. (2014). What is an alcoholic? What is alcoholism? Retrieved April 13, 2015. From: <http://www.medicalnewstoday.com/articles/157163.php>
- Popov, P. (2012a). Farmakologická léčba závislostí – nový koncept terapie alkoholismu. Lékařské listy. Retrieved April 15, 2015. From: <http://zdravi.e15.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/farmakologicka-lecba-zavislosti-novy-koncept-terapie-alkoholismu-467035>
- Radimecký, J. (2006). Časy se mění aneb přístup harm reduction vůči užívání alkoholu? Retrieved April 15, 2015. From: <http://www.adiktologie.cz/cz/articles/detail/71/178/Casy-se-meni-aneb-pristup-harm-reduction-vuci-uzivani-alkoholu>

- Škodová, L. (2012). Prohibice v Česku je mnohem tvrdší než na severu Evropy. Retrieved April 16, 2015. From: <http://skodova.blog.ihned.cz/c1-57503190-prohibice-v-cesku-je-mnohem-tvrdsi-nez-na-severu-evropy>
- Treno, A.,J. (2015). Community Trials Intervention To Reduce High-Risk Drinking (RHRD). Retrieved April 20, 2015. From: http://www.hnt-info.eu/File/item_intervention_full.aspx?id=55
- The HAMS Harm Reduction Network, Inc. (2008a). What is HAMS? Retrieved April 16, 2015. From: <http://www.hamsnetwork.org/>
- The HAMS Harm Reduction Network, Inc. (2008b). Moderate Drinking Cheat Sheet. Retrieved April 16, 2015. From: <http://www.hamsnetwork.org/mods/>
- The HAMS Harm Reduction Network, Inc. (2009). Safe Drinking. Retrieved April 16, 2015. From: http://www.hamsnetwork.org/safe_drinking/
- Toxikologické informační středisko (2012). Odborné doporučení pro intoxikaci methanol: Methanol, metylalkohol, dřevný líh, CH₃OH. Retrieved April 15, 2015. From: http://www.lkcr.cz/doc/clanky_file/jak-lecit-otravu-metanolem-99324.pdf
- Vyhnal, J. (2015). Obecné informace o otravě methylakoholem. Retrieved April 14, 2015. From: <http://www.nemkyj.cz/informace-k-otrave-metyalkoholem>
- Wikipedia (2014a). Prohibice. Retrieved April 16, 2015. From: <http://cs.wikipedia.org/wiki/Prohibice>
- Wikipedia (2014b) Prohibition in the Russian Empire and the Soviet Union. Retrieved April 16, 2015. From: http://en.wikipedia.org/wiki/Prohibition_in_the_Russian_Empire_and_the_Soviet_Union
- World health organization (2015). Health topics: Alcohol. Retrieved April 12, 2015. From: http://www.who.int/topics/alcohol_drinking/en/
- World health organization (2014). Methanol poisoning outbreaks. Retrieved April 14, 2015. From: http://www.who.int/environmental_health_emergencies/poisoning/methanol_information.pdf
- Zmints, A. (2012) Stereotype on Hold: Russian Prohibition and Anti-Alcohol Campaigns. Retrieved April 16, 2015. From: <https://russiancultureblog.wordpress.com/2012/11/27/stereotype-on-hold-russian-prohibition-and-anti-alcohol-campaigns/>